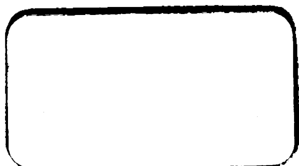
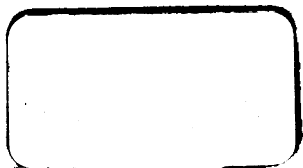


Annales médico psychologiques

Société médico-psychologique







ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER

Membre de l'Académie de médecine, Inspecteur général honoraire
des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés

ET

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME DEUXIÈME

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1885

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Programme de l'inauguration de la statue de Pinel. — Eloge du professeur Lasègue par M. Ritti. — Rapport au Sénat sur le projet de revision de la loi du 30 juin 1838. — Abus à l'égard des aliénés traités à domicile, constatés en Pensylvanie. — Expériences sur les troubles viscéraux pendant l'accès d'épilepsie. — Variations de la pupille chez les épileptiques. — Cas de guérison d'épilepsie ayant une origine périphérique. — Préméditation inconsciente d'actes automatiques commis par des épileptiques.

La publication de ce numéro précédera, de bien peu de jours seulement, une solennité qui ne peut manquer d'exciter un vif intérêt parmi tous ceux qui, à un titre ou à un autre, s'occupent des aliénés.

On sait que la Société médico-psychologique de Paris a adopté, il y a quelques années, sur la proposition de M. Legrand du Saulle, la généreuse pensée d'élever une statue à Pinel, et qu'elle a pris l'initiative d'une souscription publique dans le but de réaliser ce projet. Non seule-

ment presque tous les médecins aliénistes français, et la plupart des membres de l'Académie de médecine, ont répondu à cet appel; mais un certain nombre de médecins étrangers se sont fait spontanément un honneur de participer à la souscription; plusieurs administrations publiques ont, en outre, accordé à l'entreprise des subventions dont quelques-unes ont été très importantes.

La statue, confiée à un sculpteur de talent, M. Ludovic Durand, a été exécutée avec succès; après être restée assez longtemps exposée aux Champs-Elysées, elle est posée, depuis plusieurs mois, à sa place définitive, au milieu des quinconces d'arbres qui précèdent l'entrée de la Salpêtrière. Tout le monde peut l'y voir et apprécier son mérite, mais elle n'a pas encore été inaugurée d'une manière officielle.

Dans une séance complémentaire, tenue *ad hoc*, le 27 avril dernier, la Société médico-psychologique a décidé que cette inauguration solennelle, consécration de l'œuvre menée par elle à bonne fin, après plusieurs années d'efforts persévérants, aurait lieu le 13 juillet 1885.

L'objet essentiel de la cérémonie sera la remise officielle, au premier magistrat de la ville de Paris, de la statue élevée sur une de nos places publiques, en l'honneur du médecin illustre qui, en inaugurant dans notre pays la réforme du traitement des aliénés, a pris l'initiative d'une œuvre vraiment humanitaire, de l'une de celles qui honorent le plus les temps modernes.

Ce jour-là, tous ceux qui s'intéressent à la cause des aliénés devront se réunir dans un sentiment unanime de respectueux hommage pour le principal bienfaiteur de cette classe déshéritée de malades.

La Société médico-psychologique de Paris, qui a été tout entière à la peine, devra aussi être tout entière à l'honneur, et elle aura, naturellement, un rôle important à remplir dans la cérémonie.

Son président, M. Dagonet, ouvrira la séance par une allocution de circonstance; M. Legrand du Saulle, le secrétaire infatigable du Comité d'organisation, rappellera les différentes phases de l'entreprise et fera la remise officielle de la statue à M. le préfet de la Seine; M. Ritti, en sa qualité de secrétaire général de la Société, prononcera l'éloge scientifique et médical de Pinel.

Tel est, en ce qui concerne la Société médico-psychologique, le programme de cette cérémonie destinée à rester une date mémorable dans l'histoire de notre spécialité, et à laquelle nous souhaitons le plus grand succès possible.

L'honneur de prononcer l'éloge de Pinel, ne sera certes pas l'une des moindres tâches de cette laborieuse journée; mais M. Ritti, auquel il incombe, a déjà montré, par plusieurs épreuves, qu'il est parfaitement à la hauteur d'une semblable mission.

On se rappelle avec quel talent il a raconté la vie de plusieurs de nos célébrités aliénistes; les éloges de Marcé, de Parchappe, de Renaudin, avaient déjà classé M. Ritti comme un panégyriste habile; tous ceux qui, dans la séance d'avril de la Société médico-psychologique, ont eu la bonne fortune d'entendre l'éloge du regretté professeur Lasègue ont été unanimes à reconnaître que cette nouvelle étude était encore en progrès sur les précédentes, et cette appréciation sera partagée, nous n'en doutons pas, par les lecteurs de cette œuvre, aussi remarquable par l'exactitude des faits que par la finesse de l'analyse et le mérite du style. On peut donc être certain que l'éloge de Pinel sera à la hauteur de la cérémonie dont il doit constituer un des principaux éléments.

Au moment même où un monument de bronze se dresse pour affirmer la gloire durable du premier réformateur du régime des aliénés en France, un autre monument, d'un

genre bien différent il est vrai, vient donner une preuve manifeste du zèle avec lequel on s'applique, de nos jours, à continuer et à perfectionner progressivement, l'œuvre humanitaire inaugurée, il y aura bientôt un siècle, par Pinel. Nous voulons parler du Rapport parlementaire, rédigé par M. le Dr Th. Roussel au nom de la Commission sénatoriale chargée de l'examen du projet de revision de la loi du 30 juin 1838, et dont le dépôt sur le bureau du Sénat vient d'être annoncé (voir *Semaine médicale* du 17 juin 1885).

Véritable œuvre de bénédictin, ce Rapport n'a pas moins de 400 pages de format in-quarto ; toutes les questions qui se rattachent au régime des aliénés y sont traitées avec les plus grands détails ; sur chacune d'elles, les diverses opinions sont exposées avec une impartialité absolue et les résolutions adoptées par la Commission sénatoriale sont exposées avec une autorité et une compétence qui ne laissent rien à désirer. Et ce travail, déjà si considérable, n'est que la moitié d'un premier volume complété par une série de notes explicatives, excessivement riches en indications bibliographiques et en informations de tout genre.

A ce premier volume s'en ajoute un second, également volumineux, exclusivement consacré aux annexes, divisées en deux parties, suivant qu'elles concernent la France ou les pays étrangers.

L'ensemble de ces deux volumes constitue, nous le répétons, un véritable monument, le plus complet à coup sûr dont la législation relative aux aliénés ait fourni les matériaux. Quelle que soit l'issue à laquelle doive aboutir le projet de revision de la loi de 1838, c'est déjà un résultat fort important que d'avoir provoqué un semblable travail. Son auteur, notre éminent confrère M. le Dr Roussel, qui a déjà attaché son nom à des œuvres humanitaires d'une si grande valeur, aura acquis un nouveau titre de gloire en se dévouant, avec un pareil zèle, à la cause des déshérités de

l'intelligence. Nul plus que lui n'aura bien mérité des aliénés et de la médecine aliéniste!

Parmi les documents inédits, compris dans le volume des annexes, se trouve la traduction complète d'une nouvelle loi relative aux aliénés votée par l'Etat de Pensylvanie (Etats-Unis) à la date du 8 mai 1883; elle peut être considérée comme un spécimen des opinions moyennes régnant dans l'Amérique du Nord sur cette question.

Entre autres innovations, cette loi a institué un Comité spécial d'aliénation, faisant partie du Comité général d'assistance publique; à une date récente ce comité spécial a publié son second rapport annuel, que nous venons de recevoir, et où nous avons trouvé des documents fort intéressants sur la question des aliénés traités à domicile. Le Comité ayant appris que, dans différentes localités de l'Etat, devaient se trouver des aliénés chroniques, conservés dans leurs familles, et traités d'une manière contraire à l'humanité, eut l'idée d'adresser, à tous les médecins honorablement connus, une circulaire les invitant à rechercher les cas de ce genre qui pouvaient exister dans leurs circonscriptions, et à les faire connaître.

Cette circulaire paraît avoir excité, à un haut degré, l'attention du corps médical, et les réponses furent nombreuses. Tous les cas signalés ont été mis successivement à l'étude, avec les précautions voulues pour ne pas provoquer une publicité à sensation, mais pour arriver, directement, à bien constater la vérité.

Au bout de six semaines, quatorze de ces enquêtes avaient été menées à bonne fin; d'autres étaient encore en cours d'exécution. Nous traduisons littéralement la relation des principaux faits constatés :

« On a trouvé deux femmes enchaînées au plancher par la jambe; l'une d'elles était dans cet état depuis presque dix ans; une seule fois, seulement, pendant cette période,

elle était sortie de sa chambre; jamais la chaîne n'avait été retirée. A tout autre égard elle était bien traitée.

L'autre femme était enchaînée depuis environ deux ans.

Un homme, âgé de plus de cinquante ans, fut trouvé enfermé dans une chambre, à l'aide d'une chaîne de vingt pouces de long, également fixée au plancher. Cet homme avait des tendances homicides; la chaîne était trop serrée; elle avait déterminé, outre de grandes souffrances, le gonflement et l'ulcération de la jambe.

Un autre vieillard a été trouvé enchaîné par la jambe et soumis à de mauvais traitements.

Une femme aliénée, très affaiblie et âgée de soixante-quatorze ans, a été trouvée fixée immobile dans son lit et solidement garrottée; on l'entendait crier, avant de pénétrer dans la pièce où elle était renfermée.

Un homme de trente ans, très faible et très amaigri, a été trouvé sous un petit abri en bois construit dans un jardin; il était attaché avec une large ceinture de cuir, fermée derrière par un cadenas, et sur le devant de laquelle les mains étaient immobilisées par des bracelets.

D'autres aliénés ont été également trouvés n'ayant pour habitation que de misérables hangars de bois, où ils manquaient de toutes les commodités de la vie, et où ils souffraient du froid en hiver.

Une femme de plus de quatre-vingts ans fut découverte dans une petite mansarde, où elle était confinée depuis plus de seize mois.

Un homme fut trouvé enfermé dans une petite hutte, dépendant de la ferme de son neveu; il était absolument nu et enchaîné par une jambe; on s'est assuré qu'il était dans ces conditions depuis plus de trente ans.

Un autre homme, qui avait plus de quatre-vingts ans au moment où il mourut, avait vécu plus de soixante ans enfermé dans la maison de son frère; il était retenu avec des

chaînes afin qu'il ne pût s'échapper. Pendant cinquante ans il était resté dans la même pièce, et il n'avait jamais vu d'autre personne que son frère. »

Appréciant ces faits, le Comité ajoute que, d'une manière générale, ils ne doivent nullement être attribués à un parti pris de méchanceté volontaire de la part des familles, mais « à leur ignorance, à leur parcimonie, à la frayeur inspirée « par les malades, ou à la crainte de laisser l'existence de « leur folie parvenir à la connaissance du public ». Dans tous les cas, l'intervention du Comité a eu pour résultat de faire entrer les malades dans des asiles ou de les faire placer dans des conditions conformes aux exigences de leur infirmité.

Tel est le résumé des faits recueillis, en six semaines ou deux mois, dans un pays dont la civilisation est aussi avancée que l'Etat de Pensylvanie.

Peut-on, après cela, trouver mauvais que le législateur se croie tenu à prendre certaines précautions en faveur des aliénés *traités à domicile*, puisque c'est ainsi que l'on désigne tous ceux qui ne sont pas dans les établissements spéciaux? Peut-on blâmer la loi de vouloir les connaître dans le but de les protéger?

L'épilepsie se prête à l'étude, par tant de côtés divers, qu'en tout temps les travaux qui la concernent sont nombreux et intéressants. Mais elle paraît être, en ce moment, l'objet d'une recrudescence de recherches, tant sont multipliées les publications dont elle fait l'objet. Plusieurs doivent être mentionnées ici.

Nous dirons d'abord quelques mots des intéressantes expériences dont M. Vulpian a fait connaître les résultats à l'Académie des Sciences. Dans l'ensemble des phénomènes qui constituent l'accès d'épilepsie, ensemble auquel on pourrait appliquer fort justement la dénomination de syndrome, expression moderne qui est en train de faire

fortune, ceux qui attirent le plus vivement l'attention par leur violence, et par la facilité avec laquelle on les constate, sont ceux qui se passent dans le domaine de la vie de relation, dans la face et dans les membres. Mais ceux qui ont pour siège les organes de la vie organique n'ont pas moins d'importance, bien au contraire, en raison de leur influence directe sur les principales fonctions de la vie. M. Vulpian s'est particulièrement appliqué à les soumettre à l'analyse expérimentale, en profitant d'une double ressource fournie par les progrès de la physiologie moderne ; d'une part, en effet, on est arrivé à produire à volonté, chez les animaux, des attaques d'épilepsie par l'excitation directe de certains points de l'écorce cérébrale ; d'autre part, le curare possède la propriété de paralyser les muscles de la vie de relation, tout en laissant les fonctions organiques suivre leur cours habituel. C'est donc en provoquant des attaques épileptiques artificielles, chez des chiens précédemment curarisés, que M. Vulpian a pu pousser plus loin que cela n'avait été fait, jusqu'ici, l'étude de l'influence de ces attaques sur la respiration, la circulation, les fonctions digestives, les sécrétions, etc., et tout permet d'admettre que les choses se passent de la même manière, en ce qui concerne le même domaine, dans les attaques qui se produisent spontanément chez l'homme.

Les résultats de ces expériences ont été présentés à l'Académie des Sciences dans sa séance du 30 mars 1885, et on en trouvera l'exposé dans les comptes rendus. Ne pouvant entrer ici dans le détail de tous les phénomènes constatés, nous citerons au moins ceux qui se rapportent aux variations de l'état de la pupille, parce qu'il est plus facile de les soumettre au contrôle de l'observation directe.

Voici ce que dit, à cet égard, M. Vulpian : les pupilles s'élargissent considérablement et restent larges pendant dix, quinze, vingt secondes, puis elles se resserrent, de-

viennent plus petites qu'elles n'étaient avant l'excitation, et reprennent leur diamètre premier après être restées resserrées pendant quelques secondes.

A la suite de ces résultats, il n'est pas sans intérêt de citer ceux auxquels est arrivé le Dr Mosso, dans des recherches sur un sujet bien voisin : *Les variations du diamètre de la pupille chez les épileptiques.* (*Revue expérimentale de Phréniatrie*, 1884.)

On sait que cette question a donné lieu à beaucoup d'appréciations différentes, on peut même dire divergentes. Le Dr Mossò en a repris l'étude comparative sur soixante-dix épileptiques (soixante hommes et dix femmes) et sur dix personnes d'une santé ne laissant absolument rien à désirer.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La pupille des épileptiques ne présente pas, en temps ordinaire, de dimensions plus grandes que celle des personnes bien portantes.

2° Il arrive fréquemment (22,8 pour cent) que chez les épileptiques la dimension des deux pupilles n'est pas égale ; cette différence est, peut-être, plus fréquente dans la forme psychique, que dans la forme classique.

3° Il y a des épileptiques chez lesquels les accès sont précédés par une inégalité des pupilles qui disparaît après l'accès.

4° Bien que, chez quelques épileptiques, la pupille réagisse plus facilement et plus promptement qu'à l'état de santé, ce caractère n'est ni assez fréquent ni assez constant pour avoir une valeur réelle au point de vue du diagnostic.

Toutes les fois qu'il est question de l'épilepsie, au point de vue dogmatique, on insiste beaucoup sur le mécanisme

de sa production par action réflexe, à la suite de l'excitation périphérique d'une branche nerveuse; mais nous croyons ne pas nous écarter de la vérité en disant que, dans la pratique, les cas cliniques, où l'origine périphérique de l'épilepsie est nettement constatée, et où la guérison est obtenue par la suppression de l'agent d'irritation, ne constituent que de rares exceptions. Aussi croyons-nous devoir rapporter, ici, deux cas de ce genre qui paraissent bien nets et qui, par leur précision, se rapprochent d'une démonstration de physiologie expérimentale.

Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, avait dans l'oreille droite des douleurs accompagnées de suppuration; ces accidents duraient depuis trois semaines, lorsqu'un jour la malade, fouillant dans le fond de l'oreille avec une brindille de bois, laissa cet instrument s'échapper de ses doigts, sans pouvoir le rattraper. A partir de ce moment, elle devint sujette à des attaques d'épilepsie qui se produisaient plusieurs fois par jour; elle tombait à terre sans connaissance, se débattait avec tant de violence que plusieurs personnes étaient indispensables pour la maintenir, et quand elle revenait à elle, elle était complètement épuisée. Au bout de trois semaines, elle fut admise à l'hôpital d'Elberfeld, dans le service de M. le Dr Kupper. Tous les organes, examinés avec soin, furent trouvés normaux, à l'exception de l'oreille droite, qui était excessivement sensible au toucher et dont l'orifice externe était rempli par des végétations polypiformes. On commença par enlever ces végétations après avoir endormi la malade; le lendemain on put apercevoir le corps étranger et le retirer; c'était un morceau de bois long d'un centimètre environ et ayant deux ou trois millimètres d'épaisseur. La malade n'eut plus que deux attaques, après l'enlèvement de ce corps étranger, et au bout de quatre semaines elle sortit de l'hôpital comme guérie; elle fut revue deux ans après; l'épilepsie n'avait pas reparu et l'ouïe était presque normale (*The London*

medical Record, février 1885), d'après *Centralblat für die gesammte Therapie* (avril 1884).

L'autre cas concerne un homme qui, sans cause appréciable, tomba pour la première fois dans la rue à l'âge de quarante-six ans. Neuf semaines après, il éprouva une série d'accès d'épilepsie semblables; dans l'intervalle l'intelligence avait subi un affaiblissement notable. Le Dr Fincke d'Halberstadt, l'ayant examiné, reconnut chez lui l'existence d'un volumineux polype nasal, qui obstruait complètement une des narines, et qui déterminait un trouble notable de la respiration, surtout dans le sommeil. Cette tumeur fut enlevée; les attaques cessèrent; — deux ans après l'opération il ne s'en était reproduit aucune et l'intelligence avait regagné le terrain perdu.

Peut-être les succès de ce genre seraient-ils moins rares si, au début de tous les cas d'épilepsie, on s'astreignait toujours à examiner, avec le plus grand soin, tous les organes, et à rechercher les différentes causes possibles d'irritation périphérique. Il est essentiel que cette recherche soit faite à l'époque la plus rapprochée possible de l'apparition des convulsions, car, lorsque celles-ci sont devenues anciennes, elles paraissent tenir autant à l'excitabilité acquise des centres nerveux, surtout de ceux qui existent dans le bulbe, qu'à l'excitation périphérique elle-même; la maladie est devenue constitutionnelle et pour ainsi dire idiopathique; elle persiste même après la suppression de l'excitation locale; la cessation de la cause ne suffit plus pour faire cesser l'effet.

Dans une *Note pour servir à l'histoire des actes impulsifs des épileptiques* (*Revue de médecine*, février 1885). M. Féré rapporte l'observation d'un jeune garçon de onze ans, ayant de loin en loin des attaques d'épilepsie. Un jour, on le trouva ronflant et étendu au milieu de la chambre, la

bouche souillée d'écume sanguinolente et les vêtements inondés d'urine; il était couché au milieu de débris de jouets et de livres appartenant à son cousin. Lorsqu'il fut sorti de sa stupeur, et qu'on lui demanda ce qui était arrivé, comment et pourquoi il avait tout brisé autour de lui, il regarda de tous côtés comme pour se convaincre que lui seul pouvait être le coupable, puis il répondit: « Il a arraché la queue de mon cheval. » Tout en trouvant le fait, en lui-même, assez énigmatique, M. Féré pense que l'acte de destruction a été un acte impulsif et inconscient, comme en commettent souvent les épileptiques; mais que le jeune malade, revenu à lui, a cherché, peut-être de bonne foi, à lui donner une explication vraisemblable ou tout au moins plausible. Il paraît que des femmes hypnotisées chercheraient aussi, après coup, à trouver un motif pour justifier des actes qu'elles auraient commis par suggestion et d'une manière tout à fait inconsciente. Ce sont là des questions encore bien obscures, mais on comprend quelles difficultés l'interprétation de faits de ce genre pourrait présenter dans certaines questions de médecine légale? Comment arriver à déterminer la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un épileptique, ayant commis inconsciemment un acte criminel, si lui-même s'appliquait, après coup, à montrer qu'il a eu un motif plausible pour agir comme il l'a fait.

L'hypothèse à laquelle M. Féré a eu recours pour tâcher d'expliquer le fait énigmatique qu'il avait eu occasion d'observer peut être exacte; aussi sommes-nous loin de la combattre; mais nous devons faire remarquer que ce n'est pas la seule qui puisse être invoquée en pareil cas.

Le Dr Echeverria, bien connu par ses nombreux travaux sur l'épilepsie, vient précisément de publier dans le *Journal of mental science* (avril 1885, p. 12) un mémoire intitulé: *De la violence épileptique*, qui a pour but de montrer que les impulsions inconscientes des épileptiques ont, souvent,

une liaison plus intime qu'on ne le croit généralement avec les sentiments antérieurs des malades, et le cours habituel de leurs idées.

A l'occasion de la condamnation à mort d'un nommé Donnelly, qui avait tué sa sœur et grièvement blessé sa mère, dans un accès de fureur que certains médecins ont considéré comme de nature épileptique, le journal *La Lancette*, discutant cette opinion (numéro du 9 août 1884), s'était exprimé ainsi : « Il faut se rappeler que dans les cas « les plus manifestes de manie épileptique, il y a, en géné- « ral, absence absolue de tout motif de querelle. »

C'est cette assertion que M. Echeverria a relevée et a entrepris de réfuter; il pense, au contraire, que dans le trouble intellectuel produit par l'épilepsie, les actes de violence impulsive n'excluent nullement une animosité préexistante. L'influence des préoccupations antérieures peut persister, d'une manière inconsciente, alors même qu'à la suite d'une attaque épileptique les facultés intellectuelles supérieures se trouvent obstruées, et elle peut déterminer, par un mécanisme automatique, l'exécution, par impulsion irréfléchie, d'actes sur lesquels l'esprit s'est préalablement arrêté ; il peut donc exister, en même temps, préméditation réelle de l'acte et défaut absolu de conscience de l'exécution, par conséquent irresponsabilité.

Cette thèse de l'automatisme irréfléchi actuel, consistant dans l'exécution d'actes qui répondent à des préoccupations antérieures, M. Echeverria la soutient en citant à l'appui un grand nombre de faits cliniques, dont plusieurs sont des observations personnelles, tandis que les autres sont empruntés aux auteurs, surtout à des auteurs français, et en particulier à Delasiauve, Moreau (de Tours), Devergie, Boileau de Castelnau, Legrand du Saulle.

Elle expliquerait très bien comment Donnelly peut avoir tué sa sœur, sans avoir su, sur le moment, ce qu'il faisait, par suite de la mise en jeu automatique d'une rancune ac-

cumulée d'avance, et pourquoi le petit malade de M. Féré aurait pu se venger, inconsciemment, du cousin auquel, dans son for intérieur, il en voulait encore d'avoir arraché la queue de son cheval.

A. F.

Pathologie

NOTE

SUR LA

TRANSFORMATION DE LA FOLIE SIMULÉE

EN FOLIE VÉRITABLE

Par le Dr V. PARANT,

Directeur-Médecin de la Maison de Santé de Toulouse.

(*Mémoire lu à la séance de la Société médico-psychologique du 30 mars 1885.*)

La simulation de la folie peut-elle conduire à la folie véritable. Cette question, d'après les auteurs les plus récents qui en aient parlé, doit être résolue par l'affirmative ; cependant nous avons conçu à ce sujet des doutes que nous allons exposer.

Voici d'abord les circonstances qui nous ont amené à étudier cette question.

Il y a quelques mois nous fûmes chargé avec deux de nos confrères de Toulouse, M. le Dr Bouteille, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés, et M. le Dr Guilhem, médecin des hôpitaux, d'examiner l'état mental d'un individu inculpé de vols nombreux. Après une longue observation nous reconnûmes que cet homme simulait la folie. Par suite de circonstances particulières, c'est seulement trois mois après le dépôt de notre rapport, alors que la simulation durait depuis sept mois environ, que l'affaire vint devant les assises de la Haute-Garonne. Le défenseur de l'accusé demanda alors un supplément d'expertise médicale,

arguant que, depuis notre dernière visite, l'état mental de son client pouvait avoir changé, et que, *comme cela était arrivé d'autres fois*, la simulation de la folie pouvait fort bien avoir abouti à une folie véritable. La cour fit droit à cette demande. Trois nouveaux experts furent chargés de visiter immédiatement l'inculpé et de faire leur rapport avant la fin des assises. Ils confirmèrent l'opinion des premiers experts, et l'individu, déclaré coupable, fut condamné à vingt ans de travaux forcés. Par suite d'un vice de forme, il y eut cassation de l'arrêt, et l'affaire fut renvoyée devant les assises de l'Ariège. L'inculpé continua de simuler la folie. Cette fois encore il fut déclaré coupable et la peine prononcée contre lui fut la même que précédemment. Quand il vit qu'il n'avait plus rien à espérer, il cessa la simulation, au sujet de laquelle il fit des aveux complets (1).

Depuis l'époque où cette affaire a été jugée, nous n'avons pas cessé de penser aux arguments invoqués par la défense. La transformation de la folie simulée en folie véritable nous parut mériter une attention toute spéciale. Nous fîmes donc à ce sujet des recherches aussi complètes qu'il nous a été possible. C'est le résultat de ces recherches qui fait la matière principale de cette note.

Quelques auteurs, dont le nom fait autorité en médecine légale, ont exprimé au sujet de la transformation qui nous occupe une opinion assez catégorique. Tardieu notammment en parle dans les termes suivants : « Il est un point d'une « grande délicatesse sur lequel il convient d'insister, c'est « que la simulation elle-même, pour peu qu'elle se prolonge, « finit par exercer sur l'état moral et physique de celui « qui s'y est livré, une influence incontestable... Comment « celui qui resterait des années dans le mutisme et l'im- « mobilité du lypémaniaque stupide, ne tomberait-il pas

(1) L'histoire entière de notre simulateur est publiée en ce moment dans le *Journal des sciences médicales* de Lille.

« à la fin dans un réel et complet abrutissement? Il n'en « est est pas un, parmi ceux qui, après avoir simulé la « folie, ont été découverts ou y ont renoncé d'eux-mêmes, « qui n'aient avoué qu'ils se sentaient devenir fous, et « qu'ils ne recommenceraient pas, fût-ce pour sauver leur « tête, à affronter de nouveau un pareil supplice (1). »

Ailleurs (2) le même auteur répète presque identiquement les mêmes paroles.

Dans son *Étude médico-légale sur la simulation de la folie* (3), M. le Dr A. Laurent avait précédemment soutenu une opinion du même genre, et avait même été encore plus formel que Tardieu. « On connaît, dit-il, de véritables folies survenues à la suite de la simulation. Entre autres faits l'histoire a consigné que deux marins français, prisonniers sur les pontons anglais, eurent la constance de simuler la folie pendant six mois de suite. Mais au bout de ce temps, ils ne recouvrèrent leur liberté qu'au prix de leur raison réellement perdue. »

M. Legrand du Saulle, dans son *Traité de médecine légale*, s'est évidemment inspiré des paroles du Dr A. Laurent et rappelle à son tour l'histoire des deux marins français.

Nous n'avons pas trouvé que d'autres auteurs se soient occupés d'une manière particulière de la transformation de la simulation en folie véritable. Nous n'avons à ajouter que ce que disait devant la Société de Médecine de Paris, dans la séance du 3 novembre 1848, M. le Dr Brierre de Boismont. A l'occasion d'une communication faite par M. Bois de Loury sur la simulation de la folie, M. Deslandes faisait observer que certains individus avaient avoué qu'ils seraient

(1) Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie.* — J. B Baillière, Paris, 1872, page 239.

(2) Art. *Folie* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, page 2.5.

(3) V. Masson, 1866, page 374.

réellement devenus fous s'ils avaient continué à simuler la folie quelques jours de plus. M. Brierre de Boismont affirma, à son tour, que *beaucoup* de folies simulées sont, à l'insu des prétendus aliénés, devenues des folies réelles; et il cita également, à l'appui de son dire, l'histoire des deux marins.

Nous voudrions pouvoir nous en rapporter entièrement aux paroles de ces divers auteurs, dont l'autorité est incontestable. Mais nous avons été frappé de cette particularité que leurs affirmations sont faites d'une manière générale et paraissent ne reposer que sur la foi d'autrui. Nous nous sommes donc occupé de remonter aux sources et de chercher les preuves de ces affirmations.

L'ouvrage de M. le Dr Laurent, le seul qui jusqu'ici ait traité spécialement de la simulation de la folie, et qui l'ait envisagée sous ses divers aspects, ne cite, sur le point qui nous occupe, que l'histoire des deux marins. Sur les autres points, au contraire, les observations, les faits sont notablement multipliés. C'est la même histoire que les autres auteurs ont mise en avant. N'existe-t-il donc pas d'autres exemples du même genre? Nous sommes très porté à le croire, si nous devons nous en tenir au résultat de nos recherches. Nous avons parcouru un bon nombre de traités de médecine mentale, anciens et récents; nous avons examiné toute la collection des *Annales médico-psychologiques* riche en faits de simulation de la folie; nous avons examiné de même le journal de *Médecine mentale*, les *Annales de médecine légale* et d'autres journaux récents. Nulle part nous n'avons trouvé de fait qui prouve que la folie simulée se soit transformée en folie réelle.

Devons-nous donc baser une opinion définitive sur la seule histoire des deux marins français? Cela nous semble bien aventureux. Du reste il faut considérer que dans ce cas particulier on peut fort bien attribuer la folie à d'autres causes que la simulation. Les privations, les souf-

frances de toute sorte, physiques et morales, que les prisonniers avaient à endurer sur les pontons, la vie misérable qu'ils menaient, exerçaient assurément sur leur état mental une influence énergique, capable à elle seule de les faire verser dans la folie. Qui n'a pas lu d'histoires de prisonniers devenus fous dans des conditions de ce genre? Et n'accuse-t-on pas, avec preuves à l'appui, le régime cellulaire des prisons de conduire à la folie?

Il ne nous paraît pas qu'il faille non plus baser une opinion sur ce que certains simulateurs ont déclaré qu'il leur semblait que, s'ils avaient plus longtemps fait des efforts de simulation, ils auraient perdu la raison. Il n'est pas d'exemple plus remarquable à citer sur ce point que celui de ce Derozier, qui simula la folie pendant sept à huit mois, et qui, soumis à l'observation du Dr Morel, fournit à cet éminent aliéniste l'occasion de faire, de la simulation de la folie, une des plus brillantes démonstrations qui aient jamais été faites. « Vous ne pouvez pas croire ce que j'ai souffert, dit au Dr Morel Derozier démasqué, j'ai cru devenir réellement aliéné et j'avais plus de crainte encore de tomber fou que d'aller au bagne (1). » D'autres simulateurs ont tenu des propos du même genre. Il faut assurément en tenir compte. Mais, en réalité, ces individus ne sont pas devenus fous; ils ont simplement cru le devenir, et ce n'est point là, à notre avis, une démonstration suffisamment péremptoire de la transformation dont il s'agit.

Il est, par contre, assez facile de trouver des cas, relativement nombreux, où les simulateurs ont continué longtemps leur tentative, sans manifester aucune crainte de tomber dans la folie, et ont conservé réellement toute leur présence d'esprit.

Renaudin a rapporté l'histoire d'un individu qui, *pen-*

---

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, année 1857.

dant trois ans, simula la *surdi-mutité et l'imbécillité*, sans aboutir à l'aliénation mentale (1).

Le Dr Billod a observé un individu qui, à plusieurs reprises, et notamment une fois pendant *dix mois*, simula la folie de manière à embarrasser les médecins experts chargés de l'examiner (2).

Voici le résumé d'un fait intéressant qui est rapporté dans les *Annales médico-psychologiques* (3). Le 28 juillet 1849, un jeune pâtre fut arrêté sous inculpation de viol sur la personne d'une fillette de sept ans. Le lendemain de son arrestation on le trouva dans un état qui ressemblait à l'imbécillité la plus complète. Deux médecins experts chargés de l'examiner, déclarèrent qu'il simulait; leur opinion se basait surtout sur ce que l'imbécillité ne se développe pas si brusquement. Condamné à la détention par la cour d'assises, le coupable fut reporté à la prison dans le même état où il s'est trouvé à l'audience du tribunal. « Mais à peine fut-il rentré dans sa cellule, qu'il s'est mis à sauter de joie d'avoir échappé à la peine capitale. Il a dit que depuis son arrestation, il n'avait pas cessé un seul moment d'être bien portant..... et qu'il avait joué la comédie d'après le conseil qui lui avait été donné par un de ses codétenus... Il a fait preuve, pendant le long espace de *quatorze mois consécutifs*, d'une force de volonté et d'une persévérance des plus extraordinaires..... »

A ces faits, nous ajoutons celui que nous avons observé nous-même et que nous avons raconté brièvement tout à l'heure. L'individu que ce fait concerne a simulé la folie pendant près d'un an, d'une manière absolument continuelle, et telle que peu de personnes étaient disposées à se rallier à

---

(1) *Annales médico-psycologiques*, 1857, tome III, page 412.
(2) *Ib.* 1868, tome XII, page 53.
(3) *Ib.* 1850, page 661.

l'opinion des médecins experts. Il a simulé tour à tour l'agitation maniaque, l'imbécillité, les convulsions épileptiques. Et cependant, malgré cette simulation persistante et certainement fatigante, malgré l'amaigrissement notable que lui avaient causé et la simulation et le régime cellulaire, le jour où il a renoncé à ses tentatives, il s'est retrouvé aussi actif et aussi intelligent que par le passé. Nous le savons d'une manière formelle, car nous nous sommes procuré sur lui des renseignements qui vont jusqu'à son départ pour la Nouvelle-Calédonie, c'est-à-dire jusqu'à près de quatre mois après la fin de la simulation. A cet époque notre simulateur s'était acquis la bienveillance des gardiens du pénitencier, parce qu'il s'était montré laborieux, intelligent et docile, qu'il accomplissait parfaitement les travaux dont on le chargeait, et qu'il paraissait même exercer sur ses codétenus une influence favorable.

Ainsi donc, d'un côté, absence d'observations explicites, démontrant d'une manière certaine que la simulation de la folie puisse conduire le simulateur à la folie réelle; d'un autre côté, existence de faits péremptoires qui démontrent qu'une simulation très prolongée n'a altéré en rien les facultés d'esprit des simulateurs.

Nous ne prétendons certainement pas tirer de là cette conclusion que les opinions des auteurs, sur la transformation dont il s'agit, soient absolument fausses. Ce qui nous paraît ressortir de nos recherches, c'est qu'elles sont en grande partie injustifiées, qu'elles sont formulées d'une manière beaucoup trop absolue et qu'elles ne peuvent avoir qu'une application très restreinte.

Si la transformation de la folie simulée en folie réelle ne s'est jamais nettement présentée, elle ne doit pas, à priori, être considérée comme impossible. En effet, la simulation, par les efforts d'attention, par la contention persistante qu'elle impose au simulateur, peut rentrer dans la catégorie des causes générales qui provoquent

l'aliénation mentale par épuisement des forces morales ou physiques.

Il faut, d'ailleurs, tenir compte de deux considérations importantes. La première, c'est que, suivant quelques auteurs, les gens qui simulent la folie appartiennent quelquefois à des familles d'aliénés; qu'ils ont par conséquent en eux-mêmes un germe de prédisposition, et qu'ils peuvent, par suite de leurs tentatives, être entraînés plus loin qu'ils ne pouvaient s'y attendre. — La seconde considération, c'est que le simulateur peut avoir présenté déjà précédemment des symptômes de folie, et qu'il lui faut peu de chose pour qu'il retombe dans un nouvel accès de maladie mentale.

Mais ces diverses considérations mises à part, la question que nous nous sommes posée tout d'abord n'en reste pas moins à résoudre, et il nous paraît que rien, jusqu'ici, n'autorise à lui donner une solution affirmative.

Cependant sa détermination est importante au point de vue de la médecine légale. La science médicale, dans ses rapports avec les affaires judiciaires, doit avant tout s'appuyer sur des faits certains, bien établis, et non sur des suppositions, sur de simples probabilités. Il ne faudrait donc pas que le médecin légiste ou l'homme de loi pussent arguer uniquement de faits éventuels, dont il n'aurait pas été rencontré d'exemple. Pour ce qui concerne particulièrement la simulation de la folie, s'il n'a jamais été réellement prouvé, par des observations précises, qu'elle puisse par elle-même, et indépendamment de toute autre cause, conduire à la folie véritable, on n'est pas en droit, au point de vue médico-légal, d'établir aucun argument sur la possibilité de la transformation. Cela conduit à dire que, jusqu'à ce que la preuve dont il s'agit ait été donnée, les traités de médecine légale, les travaux qui traitent de la simulation de la folie, et notamment ceux qui sont appelés à faire autorité dans la matière, doivent s'abstenir de dire que la simulation de

la folie peut se terminer par la folie véritable. Une supposition de ce genre doit être laissée dans le domaine des travaux purement théoriques.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'un cas de simulation de la folie, où l'éventualité de la transformation de cette simulation en folie véritable a été invoquée comme moyen de défense pour le simulateur. Nous n'avions à priori aucune raison de croire que ce moyen de défense n'était pas fondé. Nous l'avons examiné de près, et nous n'avons trouvé aucune preuve, aucun fait certain sur lesquels il pût s'appuyer. Nous sommes donc d'avis que l'attention des observateurs doit se porter sur ce point particulier ; et jusqu'à ce que la preuve par les faits en ait été donnée, la transformation directe de la folie simulée en folie véritable ne doit point intervenir parmi les données médico-légales de la médecine mentale.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LES SYMPTOMES PSYCHIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LES LÉSIONS ANATOMIQUES DE CETTE MALADIE

Par M. le Dr CAMUSET
médecin adjoint de l'asile de Vaucluse.

M. Jules Falret, dont les travaux sur la paralysie générale sont si souvent cités, disait, il y a quelques années à peine, que l'histoire de cette maladie est à refaire. Il serait en effet difficile de trouver dans tout le cadre pathologique une affection sur laquelle il y ait plus de dissidences. La cause principale de ces dissidences est presque tout entière dans les différentes manières dont on peut apprécier les différentes modes de début de la paralysie générale.

Si on consulte le savant ouvrage de M. Calmeil, on voit que la périencéphalite chronique diffuse peut être signalée ou annoncée :

1° *Par l'explosion d'un violent accès de manie* ;

2° *Par la manifestation d'un délire mélancolique, opiniâtre* ;

3° *Par la manifestation d'une démence rapide ou graduelle non compliquée de délire.*

Or, ce qu'il y a de remarquable et de difficile à expliquer, c'est que la paralysie générale étant une maladie absolument incurable, les violents accès de manie ou les

délires mélancoliques opiniâtres qui en signalent le début ont, au contraire, une tendance singulière à la guérison et guérissent en effet dans un grand nombre de cas. Les malades recouvrent la raison, se rendent parfaitement compte qu'ils ont été aliénés; ils sont bien réellement guéris de leur délire maniaque ou de leur délire mélancolique, mais sous d'autres rapports, leur état n'en est pas moins grave. On découvre que leur intelligence a faibli et on peut assez souvent, en outre, constater des signes de débilité musculaire. Ces malades mourront dans la démence paralytique.

Comment interpréter ces faits?

N'est-il pas étrange de voir guérir des accès violents de manie et de mélancolie, qui seraient un des symptômes directs d'une périencéphalite qui elle-même est toujours incurable et dont les autres symptômes (démence et signes somatiques) persistent après la guérison du délire? — Comment se rendre compte de cette dissociation du délire paralytique et de la démence paralytique?

Ce qui ajoute aux difficultés, c'est que comme M. Calmeil le dit et comme tout le monde l'a observé, la démence paralytique peut se développer et parcourir ses périodes sans délire et, d'autre part, que depuis quelques années on a observé des cas assez nombreux de pseudo-paralysies générales à forme vésanique de sorte que M. Christian a été conduit à formuler cette double proposition : « 1° que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale, sans être réellement des paralytiques généraux; 2° qu'il n'est aucune affection cérébrale qui, à un moment donné, ne puisse se traduire par le syndrome de la paralysie générale (1). »

(1) Christian, *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale*. Annales médico-psychologiques, 1884.

Ainsi donc, la démence paralytique peut exister sans le délire. — Le délire, avec les mêmes caractères spéciaux qu'il a dans la paralysie générale, peut s'observer en dehors de cette maladie. —Lorsque le délire et la démence coexistent, le délire peut guérir et la démence persister.

Ces faits cliniques, que nul ne peut récuser aujourd'hui, ont conduit quelques auteurs à voir dans la paralysie générale deux maladies distinctes, la folie d'une part et la démence paralytique de l'autre. C'est cette opinion qu'à surtout défendue M. Baillarger (1), et qu'a admise aussi M. Magnan (2).

Qu'on adopte ou non cette opinion, il y a au moins un fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est qu'il y a dans la paralysie générale deux ordres de symptômes parfaitement distincts : les uns sont constants, continus, à marche progressive et se rapportent à la démence et à la paralysie; les autres au contraire qui ne sont pas constants et se présentent sous des formes différentes ou même opposées, sont mobiles et susceptibles de guérison.

Par leur modalité clinique, les premiers rappellent les symptômes des lésions organiques, les seconds les symptômes des névroses.

Les conditions anatomiques de ces deux ordres de symptômes peuvent exister isolément, elles peuvent se dissocier quand elles coexistent, mais elles sont essentiellement différentes. C'est ce que je vais essayer de prouver dans cette note.

Voyons d'abord comment on envisage en général les rapports qui existent entre les lésions cérébrales et le délire dans la folie ordinaire.

---

(1) Baillarger, *Sur la théorie de la paralysie générale.*

(2) M. Magnan distingue dans la paralysie générale deux maladies. La première est la *démence paralytique*, c'est la maladie principale, « elle est permanente, continue, progressive, à tendance fatale : elle a des lésions déterminées, des symp-

I.

La folie n'est pas une maladie *sine materia*. M. A. Voisin s'exprime ainsi à ce sujet : « J'ai la conviction de plus en plus grande que la folie est surtout une maladie somatique (1). » Et dans un autre passage du même livre : « Je ne crois pas avoir encore fait une autopsie d'aliéné sans trouver des lésions soit cérébrales, soit extracérébrales, à l'œil nu ou au microscope (2). » Griesinger disait déjà que l'on voit presque toujours des lésions des vaisseaux et des éléments nerveux dans les cerveaux des aliénés non paralytiques, surtout quand la folie date de quelque temps. Mais s'ensuit-il que les altérations trouvées soient la cause directe de la folie ? Rien ne le prouve, tandis que de nombreuses considérations militent dans un sens contraire.

Les autopsies démontrent que la nature des lésions cérébrales n'implique pas la nature du délire et qu'on trouve indifféremment les mêmes lésions dans toutes les variétés de la folie. Or, il est peu naturel d'admettre que la même lésion cérébrale puisse produire des états mentaux tout à fait opposés. On a dit aussi que les mêmes lésions trouvées chez les aliénés se rencontrent également chez les sujets à intelligence saine et que parfois, alors que la folie était manifeste, le cerveau semble être absolument normal. On a enfin objecté que les lésions sont la conséquence et non la cause de la folie. — Ces arguments ont des valeurs diverses, mais le premier paraît irréfutable.

---

tômes propres constamment les mêmes. » — La seconde maladie est la folie. C'est la maladie accessoire. « Elle est irrégulière, passagère, elle dépend le plus souvent de la congestion et présente les manifestations les plus opposées. » (Citations prises dans l'ouvrage de M. Baillarger : *Sur la théorie de la paralysie générale.*)

(1) A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 97.

(2) A. Voisin, *loc. cit.*, p. 16.

M. Dagonet a, selon nous, parfaitement tranché la question des rapports qui existent entre les lésions cérébrales connues et la folie dans le passage suivant : « Si dans la folie les lésions trouvées peuvent être considérées comme une coïncidence et plus souvent encore comme une conséquence du délire, on doit reconnaître que les mêmes lésions peuvent dans certains cas engendrer l'affection mentale par une sorte d'irritation transmise aux éléments nerveux sans que la lésion en soit par cela même la cause véritablement essentielle et en quelque sorte organique (1). » C'est-à-dire que le mécanisme biologique dont le résultat est le délire peut être provoqué, peut être mis en action par la lésion tangible et que le délire n'est ainsi que la *conséquence indirecte* de cette lésion.

Cependant on trouve dans des ouvrages spéciaux que l'hyperémie, en surexcitant le fonctionnement des cellules nerveuses, produit selon les régions sur lesquelles elle se localise, soit de l'excitation maniaque, soit des actes désordonnés, soit des impulsions. L'ischémie, elle, produit des effets psychopathiques opposés, la mélancolie, la stupeur. Mais il semble que les cellules cérébrales doivent fonctionner pour le moins aussi énergiquement dans certaines variétés de mélancolie que dans certaines variétés de manie, dans la mélancolie anxieuse ou dans la mélancolie avec hallucinations terrifiantes par exemple. C'est un rôle analogue qu'on a voulu faire jouer à la congestion dans l'épilepsie, et l'on sait à présent que dans cette maladie la congestion n'est qu'un phénomène secondaire ; la théorie des *décharges*, actes biologiques exclusivement nerveux, a remplacé les théories diverses basées sur les modifications de la circulation. — Ce qui seulement nous semble positif, d'après les saines données de la pathologie générale, c'est que quand les cellules cérébrales fonction-

(1) Dagonet, *Traité des maladies mentales*. 2e édit., p. 130.

nent, et surtout quand elles fonctionnent énergiquement, comme tous les autres éléments anatomiques, elles provoquent l'hyperémie dans le milieu où elles sont plongées. Si ce milieu s'hyperémie primitivement pour une raison quelconque, les cellules trouvant des matériaux de nutrition en quantité plus considérable qu'à l'état normal, sont incitées à entrer en fonctionnement et même à hyperfonctionner, ce néologisme traduisant bien notre pensée ; mais pour que le fonctionnement soit perverti, c'est-à-dire pour qu'il y ait délire, il faut un autre élément que l'hyperémie de voisinage.

Tout acte psychique a un substratum anatomique du fonctionnement duquel il est le résultat ; quand l'acte psychique est dévié, c'est qu'il y a une modification pathologique du substratum. Quelle est la nature de cette modification ? Tout fait présumer qu'il se passe dans la profondeur des éléments des phénomènes physico-chimiques, tellement délicats qu'il est impossible de les constater même avec les plus forts grossissements du microscope. Nous sommes porté à penser que dès qu'une cellule psychique est assez modifiée pour qu'on y puisse saisir des changements de forme ou de texture, cette cellule est déjà modifiée au point de ne plus fonctionner du tout. Soit un exemple vulgaire : le délire alcoolique avec ses hallucinations et ses conceptions si caractéristiques résulte de la présence de l'alcool ou de ses dérivés dans le sang. Les éléments nerveux absorbent des matériaux de nutrition impropres, le délire, un délire spécial, en est la conséquence. Or, tant que le sujet n'est pas en voie de démence, nous ne sachons pas que son cerveau présente aucune trace visible de la perversion de son fonctionnement.

Les recherches modernes d'anatomie pathologique dans les maladies cérébrales ont déjà produit de nombreux résultats et des recherches nouvelles en produiront certainement d'autres dans l'avenir.

Nous avons dès à présent des notions précises sur les centres psycho-moteurs et aussi sur les centres de perception; on connaît les irrégularités morphologiques du cerveau et de ses circonvolutions, et leurs relations avec la débilité mentale générale et même peut-être partielle dans certains cas, etc... Mais si on sait que la troisième circonvolution frontale gauche, par exemple, est le centre psycho-moteur du langage phonétique articulé, pour ce qui est de l'ensemble des opérations cérébrales multiples qui constituent l'état mental que le langage parlé, écrit ou mimique est appelé à manifester extérieurement, on en est réduit à des hypothèses plus ou moins plausibles. On est arrivé à localiser d'une façon générale les facultés purement intellectuelles dans l'écorce grise du cerveau et surtout dans la partie antérieure de cette écorce, mais jusqu'à présent on ne connaît pas le mécanisme physiologique de la pensée normale ni par suite le mécanisme pathologique de la pensée pervertie, c'est-à-dire de la folie. Voici, en résumé, selon nous, la seule donnée réellement positive sur le rôle des lésions cérébrales visibles, dans la genèse du délire. Les lésions qu'on trouve dans les cerveaux des aliénés peuvent bien parfois être la cause de la folie, mais alors la cause indirecte, c'est-à-dire que ces lésions provoquent par leur présence des modifications très délicates dans la nutrition des éléments nerveux, modifications qui, elles, sont la cause véritable, réelle du délire, mais qui peuvent parfaitement se produire sous l'influence de lésions tout autres que celles que l'on considère et qui même peuvent se produire spontanément sans cause tangible.

II

Arrivons maintenant aux symptômes psychiques de la paralysie générale et à leurs rapports avec les lésions de cette maladie. Voici la brève énumération des plus impor-

tantes de ces lésions : méningite chronique; adhérences méningo-corticales (1); ramollissement de la substance grise corticale; durcissement des crêtes de la substance blanche qui forment le squelette des circonvolutions; granulations épendymaires; prolifération des éléments de la névroglie, c'est-à-dire sclérose interstitielle diffuse commençant par le tissu conjonctif des parois des petits vaisseaux (M. Magnan). — M. A. Voisin, avec quelques autres spécialistes, ne croit pas à la sclérose interstitielle primitive, il admet une inflammation chronique ordinaire du cerveau. Mais le résultat de la sclérose ou de l'inflammation est le même, c'est la désorganisation et la dégénérescence d'un nombre plus ou moins considérable des éléments nerveux, cellules et fibres.

Il est sans intérêt pour notre sujet de discuter les différentes théories anatomiques de la paralysie générale. En France comme à l'étranger, on est en général partisan de la sclérose interstitielle diffuse de l'encéphale, de la moelle et même des gros troncs nerveux phériphériques (2). Nous devons dire cependant que MM. Bonnet et Poincaré croient que le point de départ du processus anatomique de la paralysie générale est dans une lésion des ganglions du grand sympathique et que MM. Luys et Thomson enseignent que la sclérose est consécutive à une lésion vasculaire fonctionnelle qui apparaît tout d'abord, un spasme plus ou moins durable des vaisseaux (3). Il faut aussi tenir compte de l'opinion de M. Tuczek (de Marbourg) qui pré-

---

(1) Les adhérences méningo-corticales n'existent que quelque temps après la mort. Dans les autopsies précoces, malgré le ramollissement quelquefois considérable de l'écorce, on peut toujours enlever les méninges sans entraîner la moindre parcelle de substance grise. C'est là une curiosité anatomique que j'ai souvent fait constater par les internes du service.

(2) Magnan, *Etude sur les centres nerveux* et *De la sclérose des nerfs optiques et des nerfs moteurs de l'œil*, in *Archives de physiologie*, 1873.

(3) Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, p. 544.

tend que la lésion spécifique de la paralysie générale consiste dans la disparition des fibres à myéline de l'écorce (fibres d'association de Meynert), la sclérose serait secondaire et elle existerait du reste dans la plupart des maladies chroniques du cerveau (1).

La paralysie générale est donc, en fin de compte, au point de vue anatomique, caractérisée par la méningite chronique et par la désorganisation, selon une marche diffuse, irrégulière mais envahissante, des éléments nerveux de l'encéphale. A ces altérations il faut ajouter des modifications vasculaires, c'est-à-dire des états hyperémiques et ischémiques variables, et aussi la disparition des fibres d'association de Meynert, si toutefois les recherches ultérieures viennent confirmer celles de Tuczek

Or ces lésions rendent parfaitement compte de la démence. De même qu'un muscle dont les fibres sont en parties dégénérées, se contracte moins énergiquement que quand il était sain, de même un cerveau dont les cellules et les fibres nerveuses sont en partie désorganisées, fonctionne moins énergiquement que quand il n'était pas altéré. Les facultés mentales qui sont constituées par l'ensemble des processus physiologiques complexes et nombreux qui se passent à l'intérieur du cerveau sont aussi lésées par défaut et d'une façon irrémédiable. C'est justement cet état qu'on désigne sous le nom de démence.

On peut même, avec nos connaissances en physiologie cérébrale, se rendre compte de certaines particularités de la démence des paralytiques. C'est ainsi que, puisqu'il existe des centres instinctifs (qu'on s'accorde à localiser immédiatement en arrière des circonvolutions ascendantes), le travail de désorganisation de la paralysie générale étant diffus et irrégulier, si ces centres instinctifs sont moins

---

(1) *Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands*, année 1883.

atteints que les centres purement intellectuels (qu'on s'accorde à localiser en avant des circonvolutions ascendantes), ils ne sont plus régularisés par ces derniers comme ils l'étaient auparavant, d'où les actes immoraux et délictueux de certains paralytiques au début, en désaccord avec toute leur vie antérieure.

On peut objecter que, dans la paralysie générale, la démence n'est pas régulièrement progressive et qu'elle présente presque toujours des aggravations et des améliorations, ce qui ne s'accorde guère avec la nature de la cause qui la produit, c'est-à-dire avec des lésions qui sont fatalement progressives et qui ne rétrogradent jamais. Mais c'est qu'alors interviennent des troubles de la circulation qui accompagnent les lésions matérielles et qui eux sont essentiellement irréguliers quant au moment de leur apparition, quant à leur marche et quant à leur durée. Un état congestif augmente la démence, quand il se dissipe, elle s'améliore.

Les lésions de la paralysie générale expliquent donc bien la démence, mais elles n'expliquent pas le délire. Cependant frappés par la coïncidence si fréquente d'un délire spécial et des lésions cérébrales toujours les mêmes, plusieurs auteurs ont pensé que ce délire était la conséquence directe de ces lésions et ils ont tâché de donner une explication physiologique de ce fait. Mais tout ce qu'ils ont dit ne nous semble pas satisfaisant et, comme pour le délire de la folie ordinaire, c'est toujours une modification de la circulation qu'ils font intervenir.

M. A. Foville dit que, dans la paralysie générale, le délire dépend de « l'exaltation des fonctions des éléments nerveux sous l'influence de l'hyperémie des poussées congestives et peut-être aussi d'une ischémie temporaire (1) ». Beaucoup

(1). A. Foville : Article *Paralysie générale du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

d'aliénistes pensent comme M. A. Foville. C'est ainsi que M. Mairet croit également que le délire est dû à l'exaltation des fonctions des éléments, mais en plus il établit une localisation cérébrale d'ordre psychique et il enseigne que l'écorce cérébrale est divisée en deux régions, une région supérieure dévolue aux sentiments gais, expansifs, et une région inférieure dévolue aux sentiments opposés, à la tristesse, à la mélancolie. Quand la première est atteinte par le processus paralytique, on à la paralysie générale avec son délire orgueilleux, tandis qu'au contraire, quand c'est la seconde qui est atteinte, on a ce que cet auteur appelle la démence mélancolique (1).

M. Luys prétend que la caractéristique de l'hyperémie cérébrale est de produire du délire expansif, et que celle de l'ischémie est de produire du délire dépressif, cela dans toutes les maladies mentales. Dans la paralysie générale en particulier, les deux états se combinent ensemble et se remplacent mutuellement, d'où l'opposition dans la forme du délire. Etant donné que M. Luys prétend que les modifications vasculaires, les spasmes des vaisseaux précèdent les lésions organiques, il en résulte que pour lui l'explication du délire est exactement la même, qu'il s'agisse de la paralysie générale ou de la folie ordinaire.

M. Luys a aussi donné une explication très ingénieuse du délire paralytique hypochondriaque, malheureusement on ne peut encore l'étayer sur aucune démonstration anatomique. Il y a, dans le cerveau, un centre cénesthésique relié par des fibres nerveuses à toutes les parties du corps dont chacune a ainsi un territoire cénesthésique propre. Si un quelconque de ces territoires vient à ne plus fonctionner, par suite d'un état anémique par exemple, il y aura une lacune dans la perception cénesthésique, la partie du corps en relation avec le territoire annihilé man-

(1) Mairet, *De la démence mélancolique.*

quera dans le *sensorium commune*. Le Moi est par suite diminué de la partie du corps envisagée, d'où la conviction profonde et logique des malades, malgré les raisonnements les plus démonstratifs, malgré la constatation contraire de leurs sens, qu'ils n'ont plus de tête, de langue, d'estomac.

Jusqu'à présent, ce sont donc toujours les modifications dans l'apport du sang qui produisent le délire, parce qu'elles exaltent le fonctionnement des cellulles ou parce qu'elles le diminuent. Il y a tantôt hyperémie, tantôt ischémie, ces deux états existent tantôt isolément, tantôt concurremment, ils se localisent soit dans une région, soit dans une autre, et ils peuvent se remplacer mutuellement dans la même région. Mais il ne faut pas confondre l'exaltation d'une fonction avec sa perversion, et pour qu'il y ait délire il faut qu'il y ait perversion. Pas plus donc dans la paralysie générale que dans la folie ordinaire, les théories du délire basées sur les modifications de la circulation ne nous semblent satisfaisantes.

Il reste à examiner la théorie de M. Tuczek. Pour lui le délire est produit par la disparition des fibres à myéline de l'écorce du cerveau. Le résultat du fonctionnement des cellules psychiques, les idées, ne peuvent plus se contrôler réciproquement, d'où résulte un délire incohérent spécial à la paralysie générale, car ce qui caractérise ce délire c'est, dit-il, l'illogisme, le manque absolu des liaisons dans les idées.

Mais d'abord, les données anatomiques de M. Tuczek ont besoin d'être contrôlées, ensuite comment expliquer la disparition si fréquente du délire dans le cours de la paralysie générale, s'il était véritablement la conséquence de la destruction des fibres à myéline de l'écorce, puisque cette altération est irréparable ? En plus, c'est une erreur de croire que chaque cellule élabore une idée ; il faut pour la constitution de l'idée, même la plus simple, le concours d'un nombre considérable de cellules qui toutes travaillent

simultanément. C'est ce mécanisme cérébral que M. Ribot a très bien étudié, à propos de la mémoire, sous le nom *d'associations dynamiques* (1).

C'est donc en vain qu'on a cherché à expliquer physiologiquement le délire par les lésions connues dans la paralysie générale. On sait en plus ce qu'enseigne la clinique sur les rapports entre ces deux facteurs: d'une part, des lésions constantes envahissantes et une démence progressive qui en est la conséquence; d'autre part, un délire tantôt expansif orgueilleux, tantôt, de nature opposée, c'est-à-dire mélancolique, hypochondriaque; les deux formes alternant assez fréquemment et plus ou moins irrégulièrement chez le même sujet. Ce délire qu'on observe également en dehors de la paralysie, est parfois le phénomène initial du processus morbide, dans d'autres cas il ne se montre qu'à une époque avancée de l'affection, il se dissipe et récidive sous des influences diverses, enfin il peut manquer absolument. Toutes circonstances cliniques militant en faveur de l'indépendance entre le délire et les lésions connues.

En résumé, il y a dans la paralysie générale, un rapport direct, un rapport de cause à effet entre la lésion et la démence, mais la démence seulement. Quant au délire, la clinique aussi bien que la physiologie semblent démontrer qu'il ne dépend pas directement des lésions connues. Aussi croyons-nous devoir nous rallier à l'opinion des auteurs qui regardent l'état morbide appelé paralysie générale comme étant une démence *sui generis* accompagnée ordinairement de phénomènes délirants bien caractéristiques, mais qui ne sont que des éléments accessoires de l'affection et qui ont une condition anatomique ignorée, mais différente de celle de la démence paralytique.

Donc, au point de vue doctrinal : lésions encéphaliques bien déterminées; et comme expresion symptoma tique de ces

(1) Ribot, *Maladies de la mémoire*.

lésions : troubles somatiques et démence particulière. Voilà l'entité morbide. — Puis comme symptôme accessoire quoique très fréquent, un délire dont on ne connait pas mieux le mécanisme physiologique qu'on ne connait celui du délire de la folie ordinaire et qu'on doit étudier à part, de même que dans l'épilepsie on étudie l'état psychopathique des sujets en dehors de leurs attaques convulsives et de leurs vertiges.

NOTE RECTIFICATIVE

A PROPOS DE

L'HISTORIQUE DE LA FOLIE COMMUNIQUÉE

(FOLIE A DEUX)

Par M. le Dr RÉGIS

Chacun a pu croire jusqu'à ce jour que les faits connus sous le nom de folie communiquée ou folie à deux avaient été pour la première fois signalés et décrits d'une façon spéciale en 1873 par MM. Lasègue et J. Falret, et je dois avouer que moi-même dans ma thèse inaugurale d'abord, puis tout récemment dans mon « Manuel pratique de médecine mentale, » j'ai contribué plus que tout autre peut-être à répandre cette erreur.

Voici en quels termes j'ai présenté en 1880 l'historique de la question.

« L'histoire de la folie à deux n'est ni longue ni bien ancienne; elle peut se résumer en deux mots.

« Quelques auteurs, parmi lesquels M. Moreau (de Tours) et M. Dagron avaient publié quelques rares exemples de délire similaire chez deux individus sans attacher d'importance à ces faits et sans en tirer aucune déduction.

« Dans sa thèse inaugurale parue en 1868, M. le Dr Maret signale le premier en passant le « délire en partie double, délire de persécution qu'on rencontre chez des époux ayant longtemps vécu ensemble dans les mêmes tourments de l'esprit. »

« Mais la question n'a été réellement étudiée qu'en 1873 par MM. Lasègue et J. Falret et par M. Legrand du Saulle qui la traitèrent presque simultanément, et les premiers désignèrent sous le nom de *folie à deux* cette folie en partie double qu'ils considérèrent comme le résultat de la communication du délire d'un aliéné à un individu sain d'esprit. »

Plus récemment, dans mon Manuel pratique de médecine mentale, je m'exprimais sur le même sujet de la manière suivante :

« *Folie à deux*. — Il est des cas où un ou plusieurs individus, vivant au contact d'un des aliénés dont nous venons de tracer l'histoire, surtout d'un persécuté, présentent exactement le même délire que lui : Lasègue et M. J. Falret qui les premiers ont étudié en 1873 cette particularité morbide, l'ont considérée comme le résultat de la communication du délire d'un persécuté à un ou plusieurs individus moins intelligents qui, sans devenir positivement fous eux-mêmes, réflètent comme un miroir la partie la plus vraisemblable des conceptions délirantes de l'aliéné. C'est pour ce motif que les deux auteurs ont donné à cette particularité curieuse le nom de folie à deux ou folie communiquée. » (p. 218).

Parmi les auteurs qui ont écrit depuis sur la folie communiquée, les uns n'ont rien dit de l'historique, les autres se sont bornés comme je l'avais fait moi-même, à indiquer le travail de MM. Lasègue et J. Falret comme le premier qui ait été publié sur la question.

Cependant, voici ce que M. le Docteur Riklin vient d'écrire dans un des derniers numéros de la *Revue des sciences médicales*, en rendant compte d'un mémoire du docteur Lehmann sur la folie communiquée que cet auteur propose de désigner sous la dénomination de *folie induite* :

« M. Lehmann, dit M. Ricklin, commence par passer en revue les principales opinions qui ont été émises au sujet

de la folie à deux, folie communiquée, qu'il propose d'appeler folie induite et qui a été décrite pour la première fois par M. Baillarger (1857). Il publie cinq observations nouvelles de ce genre de folie. (*Revue des sciences médicales*, tome 25, p. 689.)

Après renseignements pris, j'ai pu en effet lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1860 un travail de trois pages publié par M. Baillarger sous le titre de: *Quelques exemples de folie communiquée.*

Dans ce travail, non seulement M. Baillarger rapporte quatre observations de délire similaire chez plusieurs individus de la même famille, mais encore il y formule très nettement en quelques mots l'explication de ces faits par la *communication* du délire de l'un des sujets primitivement atteint, à l'autre. Il n'est pas jusqu'à la dénomination de *folie communiquée*, proposée et employée successivement depuis par MM. Lasègue et J. Falret, Legrand du Saulle, Marandon de Montyel, qui ne s'y retrouve, puisque l'article, comme je l'ai dit, a pour titre : « *Quelques exemples de folie communiquée.* »

Voici du reste le début de l'article de M. Baillarger.

« On conduit quelquefois le même jour dans un service d'aliénés plusieurs membres de la même famille atteints de monomanie, et dont le délire offre exactement les mêmes caractères. En interrogeant l'un de ces malades on sait par avance quelles sont les conceptions délirantes de l'autre. Si dans les cas dont nous parlons, on obtient des renseignements, on apprend que la folie n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'elle a été antérieure de plusieurs mois chez l'un d'eux et qu'elle s'est ensuite peu à peu communiquée à l'autre. C'est ainsi que M. Baillarger a pu voir le délire transmis de la mère à la fille et de la mère au fils. »

La chose est nette, comme on le voit.

Je crois devoir ajouter que parmi les quatre observations

citées par M. Baillarger, il y en a une qui présente une particularité curieuse. Il s'agit d'une femme, *très supérieure d'intelligence à son mari*, qui, après lui avoir communiqué son délire, le fit enfermer à Bicêtre, tandis qu'elle conservait elle-même sa liberté!

Je n'ai pas à examiner ici quelle est ou non l'importance de l'erreur que je viens de rectifier. Il suffit que cette erreur soit bien démontrée et que j'aie contribué plus que personne à la propager pour que j'aie cru devoir faire cette rectification.

Quant à la question de savoir si quelque auteur avait déjà parlé d'une façon spéciale de la folie communiquée avant 1860, c'est-à-dire avant M. Baillarger, je me garderais bien de la résoudre et je laisse ici toute la responsabilité à M. le Dr. Lehmann.

Archives cliniques

7

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu. Accès de manie. Symptômes graves de délire aigu, à l'époque des règles. Guérison.

SOMMAIRE. — Excès de travail. — Mauvaise alimentation. — Affection charbonneuse guérie après un mois. — Délire des grandeurs. — Conceptions délirantes hypocondriaques spéciales. — Insensibilité de la peau; nulle trace d'embarras de parole. — Symptômes de délire aigu à l'époque des règles. — Inégalité des pupilles; retour à l'état maniaque simple; guérison après trois mois.

Mlle W..., âgée de trente-trois ans, est entrée à la Salpêtrière le 14 novembre 1860.

Le certificat de la Préfecture de police, signé de M. Lasègue, constate que cette malade est atteinte de manie aiguë; qu'elle venait d'être guérie à l'Hôtel-Dieu d'une *affection charbonneuse* et n'avait quitté l'hôpital que depuis huit jours.

Voici les renseignements donnés par une amie qui demeurait à côté d'elle et qui la voyait tous les jours.

W... travaillait à fabriquer des cartons de chapeaux. Elle se levait dès la pointe du jour et veillait jusqu'à onze heures. A peine si elle parvenait à gagner trente sols par jour. Aussi se nourrissait-elle très mal.

Un bouton noir lui vint à l'une des mains, qui, après

quelques jours, fut très tuméfiée, puis la tuméfaction gagna l'avant-bras et bientôt s'étendit jusqu'à l'épaule. C'est alors qu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jobert de Lamballe, qui reconnut une affection charbonneuse et fit, dit-on, voir la malade à plusieurs de ses collègues.

Un mois après, W... sortait guérie, mais, *dès le jour* de sa rentrée chez elle, on s'aperçut qu'elle avait la tête dérangée. Elle embrasse toutes les personnes de la maison — est très gaie, très excitée — après quelques jours, agitation très vive, actes de violence.

15 *novembre*. Dès l'entrée à la Salpêtrière, on constate le délire des grandeurs le mieux caractérisé.

La malade a la figure épanouie, elle est, dit-elle, heureuse comme le poisson dans l'eau, comme les oiseaux dans l'air.

Elle va se marier, et l'empereur sera son premier invité. *Elle aura un enfant qui aura deux ans en naissant*. Elle aura des diamants de 2000, de 20,000 francs chacun. *Désormais on ne vieillira plus, tout le monde aura toujours vingt ans. L'univers entier lui appartient*, etc. *Elle ne marche pas, c'est Dieu qui la porte. Il lui enverra vingt lions pour la traîner.*

Aucune trace d'embarras dans la parole, pupilles égales; mais au milieu de l'excitation, on constate un peu de *désharmonie dans les mouvements. Insensibilité de la peau qu'on peut pincer très fortement et presque entamer sans que la figure de la malade exprime aucune douleur.*

16, 17, 18 *novembre*. Excitation maniaque plus vive, insomnies, persistance du délire ambitieux. Elle a dîné chez l'empereur. *Elle avait des milliers de cœurs, mais elle n'en a plus qu'un*. Apparition de conceptions délirantes hypocondriaques. *Elle n'a plus ni sang ni veines, et n'est formée que d'ossements.*

20 *novembre*. L'état de la malade s'est aggravé. Insomnie complète, loquacité incessante, mots incohérents. La ma-

lade ne répond plus aux questions. Langue sèche, pouls à 90°, battements aortiques, très forte expectoration de crachats épais. (On coupe les cheveux de la malade, application de glace sur la tête. Pour boisson, lait avec 10 gr. de laurier-cerise. Potion avec 1 gr. d'ipéca et 5 centigr. d'opium.)

21 *novembre*. Les symptômes de délire aigu ont persisté, mais il y a un peu d'amélioration ce matin. On peut fixer l'attention de la malade, parole brève, accès d'emportement et de fureur. Le pouls est intermittent et très irrégulier. Ventre rétracté, persistance de battements aortiques très forts. Crachats toujours abondants. La langue est moins sèche, la malade a dormi une heure et demie, elle a bu plus d'un litre de lait. Depuis deux jours elle a pris sa potion sans avoir de nausées.

On constate sur la chemise quelques taches de sang, dénotant l'apparition des règles.

21 *novembre*. Mieux sensible. Les emportements et la fureur ont cessé. Néanmoins il y a encore eu beaucoup d'incohérence et de loquacité, l'insomnie a été complète. Le pouls est calme et plutôt lent; la malade a pris sa potion et a vomi plusieurs fois; on n'a pas pu maintenir longtemps la glace à cause de l'agitation comme convulsive de la tête.

Les jours suivants l'agitation, la loquacité, l'incohérence continuent, les idées de grandeur reparaissent de temps en temps; on n'obtient des selles qu'à l'aide de lavements salés.

28 *novembre*. On supprime l'ipécacuanha, mais on continue l'opium à la dose de 10 centigrammes, l'agitation très marquée la nuit se calme pendant le jour; le délire est un mélange d'idées de grandeur ou hypocondriaques et d'idées mystiques; elle sait parler toutes les langues; elle est à l'abri désormais de toutes les maladies; elle prétend qu'elle n'a plus de cœur, qu'elle est un être surna-

turel. La malade prend chaque jour un bain assez prolongé, l'appétit est revenu, la malade dort; sa physionomie est beaucoup meilleure; persistance de quelques idées de grandeur; accès fréquents de violence; on constate que les pupilles sont inégales.

Peu à peu la malade se remet au travail, bien que conservant des symptômes d'excitation assez vive. Au commencement de janvier la malade travaille et même avec ardeur; elle semble conserver les idées de grandeur qu'elle dissimule de peur qu'on ne la garde plus longtemps à l'hospice; elle a encore de temps en temps des emportements sans motif. A la fin de janvier toute trace de délire a disparu et la malade sort le 15 février suivant.

Les règles, comme on l'a vu chez cette femme, n'ont fait que paraître et n'ont point continué; mais il n'est pas douteux, à mon avis, que les symptômes de délire aigu ne doivent être expliqués par l'influence de l'époque menstruelle.

Cette observation offre d'ailleurs une réunion très curieuses des deux délires spéciaux de la paralysie générale.

La malade avait le délire ambitieux le mieux caractérisé, délire général et incohérent et d'autre part les conceptions hypocondriaques les plus caractéristiques; *elle n'avait plus ni sang ni veines, elle n'était formée que d'ossements;* cependant nulle trace d'embarras de parole, mais, chose curieuse, on voit à la fin de la maladie apparaître l'inégalité des pupilles et ce symptôme persistait encore au moment de la sortie de la malade.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par le Dr A. GIRAUD,
Directeur-médecin de l'asile de Fains (1).

Sommaire. — Le tribunal correctionnel et les aliénés. — Affaire B. (Jean-Baptiste) : menaces verbales sous condition, irresponsabilité, séquestration ; par le Dr Peybernès. — Affaire G. (Charles) : outrage public à la pudeur et vagabondage, atténuation de responsabilité, peine légère, par le Dr Fabre de Parrel.— Affaires J. (Jean) : vagabondage, atténuation de responsabilité, peine légère ; M. (Léopold) : outrages aux agents, irresponsabilité, acquittement, par les Drs Bitot, Lafargue, A. Giraud. — Affaire B. (Marie) : vagabondage, irresponsabilité, séquestration, par le Dr A. Giraud. — Affaires D. : outrages aux magistrats, irresponsabilité, séquestration ; B. : outrages aux magistrats et menaces de mort sous condition, irresponsabilité, séquestration ; H. : outrages à la magistrature, simulation ; B. : menaces de mort et d'incendie, responsabilité, par le Dr Langlois. Affaire L. (Célina) : rupture de ban et bris de clôtures, irresponsabilité, séquestration, par les Drs Follet, Castiaux et Biaute.

Sous la mention, *le tribunal correctionnel et les aliénés*, nous passerons en revue une série de cas où l'acte incriminé ne faisait pas encourir à l'accusé une grave condamnation. Nous n'avons pas cherché à réunir dans le même cadre toutes les circonstances où un aliéné peut être poursuivi devant le tribunal correctionnel, et nous avons éliminé

(1) Nous faisons appel à nos collaborateurs et à nos lecteurs pour nous faire parvenir des rapports de médecine légale. Nous cherchons à grouper autant que possible les faits analogues. Le nombre et la variété des cas augmentent l'intérêt de la revue, et nous avons retardé l'analyse de quelques rapports parce que la série de faits nous paraissait incomplète. — A. G.

notamment le vol, la banqueroute frauduleuse, l'abus de confiance, etc., qui nous paraissent mériter une revue spéciale; nous nous bornerons aujourd'hui à présenter une série d'affaires où les poursuites étaient motivées par des menaces verbales. des outrages, ou simplement par le vagabondage. L'expertise médicale était provoquée par les magistrats. Sur le banc du tribunal correctionnel viennent s'asseoir des individus de toute sorte, et, souvent ceux qui y sont cités, n'en sont pas à leur première condamnation. Dès que l'acte délictueux est avoué, la cause est promptement entendue et rapidement jugée; dans cette justice, rendue parfois un peu sommairement, on rencontre de temps à autre la condamnation d'un aliéné, mais on peut dire que ce fait devient de plus en plus rare, et que les magistrats appellent volontiers le médecin dès qu'un doute surgit sur l'intégrité des facultés intellectuelles du prévenu. Les affaires devant le tribunal correctionel ne sont pas appelées à un grand retentissement, mais l'expert n'a qu'un point à considérer : l'état mental de l'accusé.

Le nommé B... (Jean-Baptiste), âgé de soixante-sept ans, s'était, sur une place publique de Bourges, jeté sur sa femme, l'avait saisie par les habits, l'avait insultée et l'avait menacée d'un pistolet non chargé. B... avait été aussitôt arrêté. Les Drs Séjourné, Pellerin et Peybernès trouvèrent chez le prévenu de singuliers antécédents. B..., dès le début de son mariage, manifestait une jalousie extrême; il accusait sa femme de recevoir des amants et, en particulier, un menuisier nommé T...; or, d'après l'enquête, rien ne pouvait justifier de semblables allégations. Après douze ans de mariage et de disputes continuelles, B... quitta le domicile conjugal, abandonnant sa femme et ses enfants. A partir de ce moment, disent les experts, il mène une vie vagabonde, ne travaillant presque

plus, vivant la plupart du temps d'expédients et d'aumônes; pendant treize ans, il vécut ainsi misérablement en recevant une petite rente alimentaire de ses enfants. La femme B... se décida à reprendre son mari, mais les querelles recommencèrent. Quoique sa femme eût soixante ans, il l'accusait d'avoir des relations coupables, notamment avec le nommé T... qu'il aurait prétendu voir entrer chez lui, le jour et la nuit; puis il eut l'idée qu'on mêlait du poison à ses aliments, et, trouvant un jour, en fouillant les meubles, une substance noire dans une assiette, il porta le prétendu poison chez un médecin pour en constater la nature. Le médecin chercha à le rassurer, se moqua de ses terreurs, et lui dit « que dans tous les cas, le poison qu'on lui faisait absorber était un poison très lent et qui le laisserait vivre de longues années. » B..., après deux ans, quitta de nouveau sa femme et se remit à errer. Sous prétexte de se défendre contre ses ennemis, il était porteur de pistolets. Il fut arrêté pour mendicité et port d'armes prohibées, et condamné à quinze jours d'emprisonnement. Quelques mois plus tard, il était arrêté de nouveau pour le fait que nous avons relaté. C'était alors, dit le Dr Peybernès, un vieillard cassé, affaibli par la misère.

Dans l'interrogatoire que lui firent subir les experts, et qui est reproduit dans le rapport, B... reproduit les griefs déjà mentionnés dans ses antécédents : sa femme le trompait, et il attribue toutes ses infirmités au poison lent; il reproduit l'allégation qu'il aurait vu fréquemment les amants de sa femme venir chez lui, mais il n'a jamais osé leur adresser la parole.

Dans la discussion des faits, les experts n'hésitent pas à dire que B... a agi sous l'influence du délire des persécutions. Ils n'ont pas reconnu d'hallucinations de l'ouïe, mais les hallucinations de la vue remplacent chez l'accusé les hallucinations de l'ouïe.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° B... (Jean-Baptiste) est atteint du délire des persécu-
« tions avec hallucinations de la vue ;

« 2° Il doit être considéré comme irresponsable de ses
« actes ;

« 3° La nature de son délire le rend dangereux pour
« la société et il est urgent de le placer dans un asile
« d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu a été rendue, et B..., mis à la disposition de l'autorité administrative, a été séquestré en vertu d'un arrêté préfectoral.

Dans cette affaire, on voit qu'une première fois l'état mental du prévenu a été méconnu lorsqu'il a subi sa condamnation à quinze jours d'emprisonnement pour port d'armes prohibées ; on ne peut pas douter que le délire des persécutions n'existât à cette époque, et le fait incriminé est ici en rapport direct avec la nature du délire. C'est à la suite d'une nouvelle manifestation de ce délire que l'expertise a été provoquée.

Le nommé G... (Charles), examiné par le Dr Fabre de Parrel, était accusé à la fois d'outrage public à la pudeur et de vagabondage. Comme antécédents, on signale que son intelligence a toujours été bornée. Il a d'abord été jardinier; après avoir fait son service militaire, il est resté à Paris sans adopter un métier quelconque, dépensant au fur et à mesure l'argent qu'il gagnait, s'enivrant fréquemment, se livrant au vagabondage et s'épuisant en se masturbant. A Rouen, il a été surpris dans un lieu public couché sur un banc, le pantalon déboutonné et se livrant à la masturbation. G..., d'après le rapport du Dr Fabre de Parrel, est un homme de constitution robuste ; il n'a aucune asymétrie de la face ni du crâne, mais sa physionomie bestiale porte la trace de ses habitudes honteuses et de ses excès de toute sorte. Interrogé, il se montra d'une apathie absolue. En ce

qui concerne les faits motivant son arrestation, il raconta que la veille il avait beaucoup bu, et que le matin même du jour où il a été arrêté, il avait été dans plusieurs débits et s'était enivré. Il se serait arrêté sur un banc « *parce qu'il avait mal à la tête : il se masturbait sans avoir conscience de ce qu'il faisait.* »

« En résumé, dit M. le Dr Fabre de Parrel, son histoire, « son attitude et ses réponses dénotent une intelligence « primitivement débile, des instincts dépravés et un état « actuel de dépression physique et intellectuelle causée « par des excès prolongés, mais rien dans l'examen de « l'inculpé ne peut le faire croire aliéné. On doit, néanmoins, « se demander si cet homme possède aujourd'hui le libre « et complet exercice de sa volonté. Nous ne voulons pas « considérer, dans l'examen particulier, l'état d'ivresse qui, « d'ailleurs, n'est pas démontré, et qui ne serait pas une « circonstance atténuante quand il s'agit d'un ivrogne de « profession. Je ne regarde que l'intelligence de cet homme « et je la reconnais insuffisante, non pour distinguer le « bien du mal, mais pour éclairer utilement l'individu sur « la portée de ses actes et pour le faire réagir contre ses « tendances instinctives. L'état d'ébriété au moment du « délit est nié, d'ailleurs, par le principal témoin. Il faut « bien admettre alors qu'un acte semblable accompli dans « un lieu public, sans précaution aucune, indique un cer- « tain degré de perversion morale et d'altération intellec- « tuelle. »

Les conclusions sont :

« 1° Le nommé G... n'est atteint d'aucune forme d'alié- « nation mentale ;

« 2° Il présente une intelligence bornée qui s'est, de « plus, notablement affaiblie par suite d'excès alcooliques « et peut-être de pertes séminales volontaires ou involon- « taires réitérées. C'est un abruti dans toute la force du » terme ;

« 3° Cet état d'affaiblissement des facultés est assez mar-
« qué pour limiter sa responsabilité mais non pour la sup-
« primer entièrement. »

Le délit de vagabondage ayant été seul retenu, le tribunal a condamné G... à une peine légère. Conformément aux conclusions de l'expert, le tribunal a admis une atténuation de la responsabilité et s'est montré aussi indulgent que possible.

Nous rapprocherons de ce cas celui de J... (Jean), prévenu de vagabondage. J... était un homme de taille moyenne, âgé de trente-deux ans, mais paraissant plus âgé qu'il ne l'était réellement. Il était maigre; sa tête était petite, mais on ne constatait aucune anomalie ou vice de conformation soit du crâne, soit de la voûte palatine; il n'y avait pas d'asymétrie de la face et rien n'indiquait dans l'extérieur un arrêt de développement physique. Nous avons manqué de renseignements sur ses antécédents. Lorsqu'il a été arrêté pour vagabondage, ses réponses ont été à peu près nulles. A son arrivée à la prison, il a répondu un peu mieux aux questions et, lorsque le gardien-chef lui demanda sa profession, il répondit sans hésiter, «mendiant». Au début ses actes furent réguliers et il ne se fit remarquer que par sa grande sobriété de parole. Quelques jours avant de comparaître devant le tribunal, et lorsqu'on lui eut remis son assignation, il changea sa manière d'être. Il refusa de manger, passant toute sa journée enveloppé dans la couverture de son lit et caché derrière la table de sa cellule, puis il mangea coup sur coup ses rations de pain qu'il avait conservées. Il gardait un mutisme obstiné et le tribunal ne put obtenir de lui aucune réponse.

Lorsque nous l'avons examiné pour la première fois, il s'est présenté la tête baissée, courbé en deux, traînant la jambe en marchant. Mais sur l'invitation de ne pas faire l'imbécile, il se redressa peu à peu, nous lança un regard de travers, et répondit de mauvaise grâce à nos questions.

Nous l'avons revu à diverses reprises : il savait parfaitement nous reconnaître, tout en mettant la même mauvaise grâce à nous répondre. Nous ne pouvions pas considérer le prévenu comme un idiot. Il comprenait la plupart des questions qui lui étaient adressées, il savait qu'il était en prison. Il sentait également qu'il était observé, et le soin avec lequel il cherchait à savoir ce qui se passait dès qu'il entendait le moindre bruit en était la preuve. D'un autre côté, il n'était pas affecté d'une forme aiguë de folie ; il n'avait présenté aucune période d'excitation et n'avait pas eu non plus un véritable état de dépression. Rien dans ses allures n'indiquait qu'il eût eu des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Son mutisme devant le tribunal avait été volontaire. L'absence complète de renseignements sur ses antécédents ne nous permettait pas de dire si son intelligence était congénitalement faible, mais il était probable, comme l'indiquait, d'ailleurs, l'absence de callosités des mains, que, depuis longtemps, il ne se livrait à aucun travail et qu'il vivait de la mendicité. Il nous paraît, avons-nous dit, devoir être rangé dans la catégorie de ces êtres chez lesquels on ne trouve que des instincts vicieux, sachant parfois qu'ils font mal, mais ne sachant pas faire le bien, véritables faibles d'esprit et privés de sens moral que la justice poursuit lorsqu'elle les trouve en contravention, mais sur la responsabilité desquels elle a des doutes, que les condamnations laissent incorrigibles, et qui arrivent, tôt ou tard, à un degré d'abrutissement tel, qu'ils vont échouer dans un asile d'aliénés où ils sont le plus souvent une cause de désordre.

Conclusions :

1° J... est un faible d'esprit ;

2° Il est capable de simulation et il cherche à simuler un état complet d'idiotisme ;

3° Son degré de faiblesse d'esprit nous paraît tel, que sa responsabilité est très limitée.

J... a été condamné pour vagabondage et mendicité à trois jours de prison, avec mention qu'à l'expiration de sa peine il sera conduit au dépôt de mendicité. Le tribunal a appliqué le minimum de la peine et la condamnation n'avait pour but que de justifier l'envoi au dépôt de mendicité.

Dans l'affaire B... (Marie), la solution a été un peu différente. La prévenue, poursuivie également pour vagabondage, a été acquittée : elle a été mise à la disposition de l'administration et séquestrée à l'asile d'aliénés.

B... (Marie), était âgée de dix-huit ans, et n'avait subi aucune condamnation. Elle était de taille au-dessous de la moyenne, mais avait un notable embonpoint. Elle ne présentait aucun vice de conformation apparent et les traits de sa face étaient symétriques. Deux ans auparavant, elle avait été mise en état d'arrestation, mais avait été l'objet d'une ordonnance de non-lieu à la suite d'un examen médical sommaire par le médecin de la prison.

Le rapport était ainsi conçu :

« Monsieur le juge d'instruction, sur votre invitation, « j'ai examiné la nommée B... (Marie), détenue en ce mo- « ment dans la maison d'arrêt de Bar-le-Duc. Cette jeune « fille, âgée de seize ans, m'a présenté un développement « physique très-imparfait avec lequel m'a semblé coexister « un développement intellectuel très incomplet qui, selon « moi, ne doit permettre d'attribuer qu'une importance « restreinte et une foi très modérée aux réponses que l'on « obtient d'elle en la questionnant, même sur des circons- « tances relatives à sa santé et à son développement phy- « siologique. Veuillez agréer, etc. »

Lors de sa seconde arrestation, elle avait d'abord été recherchée à l'occasion du vol d'un jupon et d'un caraco. L'enquête de la gendarmerie signalait que la fille B... était venue, en compagnie de deux garçons, à l'endroit où

le vol avait été commis, et les soupçons furent confirmés par les renseignements que donna le propriétaire d'une ferme où Marie B... se trouvait momentanément comme fille de service. Un mandat de comparution fut lancé; mais lorsque l'huissier se présenta, B... avait disparu. Quelques semaines après, elle était arrêtée en état de vagabondage dans les rues de Châlons-sur-Marne. Là, on eut d'abord quelque peine à établir son identité : elle donna un faux nom et de faux renseignements sur son lieu de naissance. Elle indiqua néanmoins le domicile de sa mère et ajouta qu'elle avait déjà été condamnée à Bar-le-Duc pour vagabondage, mais sans pouvoir préciser la date. Les recherches entreprises pour établir son identité ayant fait reconnaître qu'elle était déjà sous le coup d'un mandat d'arrêt, une ordonnance de dessaisissement fut rendue à Châlons, les deux procédures furent jointes et la prévenue fut transférée à Bar-le-Duc. Devant le juge d'instruction, elle nia avoir volé et son attitude frappa le magistrat qui ajouta la note suivante à l'interrogatoire : « Nota : La prévenue, qui a déjà comparu devant nous, et « contre laquelle une ordonnance de non-lieu a été rendue « en raison de l'irresponsabilité de ses actes, nous paraît « encore aujourd'hui ne pas jouir d'un état mental ordi- « naire. » L'accusation de vol fut abandonnée, et le délit de vagabondage fut seul retenu, mais le tribunal, en présence de l'insouciance de la prévenue et de sa tenue, ordonna un examen médical, et elle fut mise en observation à l'asile. Là, elle montra une insouciance extrême, la mémoire lui faisait presque complètement défaut; ses réponses étaient une série de contradictions et elle ne parut jamais avoir compris les charges qui pesaient sur elle. La faiblesse intellectuelle n'était compliquée d'aucune autre forme de folie. Elle racontait bien qu'elle a vu autrefois apparaître le diable et le bon Dieu, mais la description qu'elle faisait de ses visions était tellement enfan-

tine et présentait si peu les caractères de l'hallucination, qu'il était impossible d'y voir un trouble sensoriel. B..., en faisant de tels récits, nous a paru chercher uniquement à se rendre intéressante. Un tel état mental ne comportait qu'une responsabilité des plus limitées. La prévenue, abandonnée à elle-même, devait être incapable de se diriger raisonnablement. Une condamnation l'aurait laissée complètement indifférente, car elle ne distinguait pas la peine qui pouvait lui être infligée, de la détention préventive qu'elle avait subie, et l'état mental restait le même qu'au moment où elle avait déjà été considérée comme irresponsable de ses actes. Elle appartenait évidemment à la catégorie de ces individus dont le nombre diminue de plus en plus, parce que l'autorité administrative les tolère de moins en moins, qui errent dans les campagnes, vivant de la charité publique, et qui figurent dans les recensements comme aliénés vivant en liberté, jusqu'au moment où leur séquestration est ordonnée, à moins qu'ils ne soient envoyés dans un dépôt de mendicité. Jusqu'alors, Marie B... n'avait commis aucun acte grave au point de vue de la sécurité publique, mais son absence de responsabilité des actes n'en constituait pas moins un certain danger.

Nous avons conclu en disant :

1° B... (Marie) est atteinte d'imbécillité ;

2° Sa responsabilité est tellement limitée qu'elle peut être considérée comme nulle.

Nous avons déjà mentionné l'acquittement et la séquestration d'office à l'asile d'aliénés.

M... (Léopold) était un faible d'esprit, atteint de dipsomanie. Lorsque nous avons eu à l'examiner, il était poursuivi pour outrages aux agents. Prédisposé héréditairement à la folie, M... avait les traits légèrement déviés à droite sans paralysie apparente ; la face était asymétrique et plus développée à gauche. La voûte palatine avait une courbure

exagérée, une hauteur anormale, et formait l'ogive; enfin il y avait implantation vicieuse de plusieurs dents.

Jamais il n'avait pu mener une existence régulière. Quand il était jeune, on n'a pu le garder dans aucun établissement d'instruction, et sa famille a essayé, sans succès, de lui donner un précepteur particulier. A dix-neuf ans, il se mit à commettre des excès alcooliques, devint agressif et dangereux et il fut placé, à deux reprises différentes, dans un asile d'aliénés. Plus tard, il s'engagea, subit des peines disciplinaires au régiment et se fit racheter par sa famille. Il s'engagea de nouveau, et se fit encore racheter. Il s'engagea pour la troisième fois, et se fit condamner par le conseil de guerre pour dissipation d'effets. Libéré du service, il se fit condamner pour outrages à la gendarmerie. Quelque temps après, il se maria sans le consentement de sa famille. Le mariage ne pouvait modifier l'état mental, et des accès de dipsomanie apparaissaient à un intervalle variant de quinze jours à un mois. Il quittait son domicile, disparaissait pendant plusieurs heures, parfois plus d'un jour, se rendant dans les cabarets et dans les maisons de prostitution. La crise passée, il rentrait honteux, il était harassé et se mettait au lit pour plusieurs jours. A la suite de scènes de violence, il dut être admis de nouveau dans un établissement d'aliénés. Redevenu calme, il obtint sa sortie, mais les accès de dipsomanie reparurent. Il ne se comportait pas comme l'ivrogne ordinaire qui se livre à sa passion toutes les fois qu'il peut la satisfaire, M... avait des périodes pendant lesquelles il était sobre, et, chez lui, ne commettait pas d'excès de boisson, il ne prenait pas de spiritueux et ne buvait pas entre ses repas. Sous l'influence d'une contrariété, parfois pour le motif le plus futile, il s'excitait, devenait menaçant, puis il était pris alors du besoin irrésistible de boire : il s'échappait de chez lui, et allait de cabaret en cabaret jusqu'à ce que la crise fût passée. Généralement, il sentait qu'il n'allait plus être

maître de lui et remettait à sa femme sa montre et sa bague.

Nous pûmes établir que le jour où M... avait été arrêté et conduit en prison, il était dans une de ses périodes délirantes. Dans la matinée, il avait été tourmenté par des visions, puis, après une violente colère non motivée, il s'était mis à boire et il avait complètement perdu la conscience de ses actes. Lors de notre examen, il était dans une période de lucidité, et nous constations une grande faiblesse d'intelligence.

Nos conclusions ont été :

1° M... (Léopold) est aliéné ;

2° La maladie n'est pas caractérisée chez lui par un délire continu, mais par un état congénital de faiblesse intellectuelle avec délire des actes, impulsions irrésistibles pour la boisson (dipsomanie) et tendances à la violence, parfois à l'homicide, spontanément, c'est-à-dire en dehors de toute influence de boisson ;

3° Il est susceptible de commettre des actes dangereux ;

4° Il est nécessaire de le séquestrer dans un asile d'aliénés ;

5° Lorsqu'il a été arrêté pour outrage aux agents, il était dans une période d'excitation et n'avait pas conscience de ses actes. Il était donc irresponsable.

Le tribunal se borna à prononcer l'acquittement. M... fut rendu à la liberté, mais quelques mois après, il fut placé dans un établissement d'aliénés (4e admission). Nous pensons que le tribunal aurait pu, sans sortir de son rôle et de ses attributions, signaler le fait à l'autorité administrative et provoquer l'admission d'office à l'asile. Le placement volontaire présente cet inconvénient que la famille cède facilement aux sollicitations du malade ; l'autorité administrative n'ayant pas jugé à propos d'intervenir, le médecin de l'asile ne peut que faire des réserves dont il n'est pas tenu compte, et la sortie est souvent intempes-

tive. Nous pouvons faire remarquer que l'engagement militaire est un triste expédient pour les héréditaires à impulsions morbides; leur état mental n'est alors que trop souvent méconnu, et les peines disciplinaires et le conseil de guerre les attendent. M... (Léopold) a subi plusieurs condamnations entre sa 2e et sa 3e admission dans un asile: son état mental étant connu, on peut contester qu'il fût responsable de ses actes, et, quant au reste, il n'a pu faire qu'un mauvais soldat.

Dans les quatre rapports que nous passons en revue du Dr Langlois, l'état mental des prévenus varie d'un cas à l'autre. Trois des affaires ont trait à des outrages aux magistrats, la quatrième à des menaces de mort et d'incendie. Dans les deux dernières affaires, notre confrère a conclu à la responsabilité de l'accusé.

Le nommé D..., ancien instituteur, avait eu sa maison saisie, faute par lui de l'avoir payée intégralement. Il répondit à cette mesure en apposant des placards injurieux contre les officiers ministériels qui avaient instrumenté contre lui; il fut condamné pour ce fait à 400 francs de dommages et intérêts et aux dépens. Il adressa alors une requête au Président de la République, une au garde des sceaux, fit une pétition à la Chambre des députés, et continua d'apposer des placards dans lesquels il traitait de voleur le président du tribunal, et accusait les autres magistrats d'être complices.

Placé en observation à Maréville, il se plaignit d'être enfermé avec des aliénés, quand il jouissait de toute sa raison, et quand il était victime de faussaires et de gens qui s'entendaient pour le ruiner, et jamais on ne put lui faire comprendre ce que sa conduite avait eu d'anormal. Depuis longtemps, il se montrait défiant, et il avait refusé de payer ce qui restait dû sur sa maison parce qu'il voulait s'entourer d'une foule de garanties : sa maison saisie, il

s'est considéré comme un martyr et il a voulu démasquer ses ennemis, persuadé qu'il était victime d'une machination.

Le tribunal ne pouvant être juge dans sa propre cause, n'a pu rendre que des simulacres de jugement. A ces idées de persécution, se joignirent des idées de grandeurs et il attendait l'intervention du chef de l'Etat.

Les conclusions du rapport furent :

« 1° D... est atteint de délire partiel avec prédominance d'idées de persécutions;

« 2° Il existe aussi quelques idées de grandeurs;

« 3° Au moment des actes incriminés, D... ne jouissait « pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles;

« 4° Il n'est pas responsable. »

Le Dr Langlois avait signalé dans son rapport que D... croyait user de ses droits en apposant des placards, et manifestait l'intention de recommencer dès qu'il serait rendu à la liberté. Quoique le délire fût restreint et fût resté stationnaire pendant la durée de l'observation, comme D... répétait sans cesse que « justice serait faite », on pouvait craindre qu'il ne survînt des impulsions homicides faisant du prévenu un aliéné de la plus dangereuse espèce. La suite de l'affaire fut une ordonnance de non-lieu et le maintien d'office du malade à l'asile de Maréville.

Le nommé B..., avocat, inculpé d'outrages aux magistrats et de menaces de mort sous condition, était, lorsqu'il a été mis en observation à Maréville, très surexcité, loquace et incohérent. Il proférait des menaces contre tout le monde et riait aux éclats sans motifs appréciables. Il était de constitution robuste mais d'un tempérament bilieux.

Le rapport sur son état mental débute par un long interrogatoire permettant d'apprécier les dispositions d'esprit du prévenu. Dans cet interrogatoire, B... accuse sa mère d'être une mère indigne. Il sait qu'il est à Maréville et il

prétend avoir une intelligence remarquable. Il ajoute, néanmoins, que son père est mort à Charenton, qu'une de ses tantes est morte de fièvre cérébrale et qu'un de ses oncles, fou furieux, a été enfermé. Lui-même a été soigné pendant cinq semaines par sa maîtresse, et ensuite pendant huit mois par sa mère. Son récit devient ensuite extravagant, et parfois même érotique. Il prétend qu'on lui faisait subir des tortures, qu'on faisait brûler des cierges, qu'on invoquait Notre-Dame de Lourdes, qu'on lui donnait des lavements et qu'on lui avait fait un trou à côté de l'anus pour y introduire la canule. Sa mère est une coquine, une drôlesse, un monstre, et il lui demandera des dommages-intérêts considérables. Il a menacé le juge d'instruction de lui fracasser la tête à coups de revolver ainsi qu'à deux avocats, parce qu'ils font un métier scandaleux. Interrogé sur la question de savoir s'il avait eu des hallucinations, il répondit qu'il avait vu des choses brillantes : il était transporté au milieu de spectacles étranges; il entendait des sons de musique, des notes gutturales et nasales, des voix étrangères, inconnues, lui disaient : « Tu es mort par le fer, tu périras par le fer. » Il se croyait mort et il disait souvent : « Enterrez-moi donc, vous ne pouvez pas me conserver comme ça. » Ses réponses, jusqu'à la fin de l'interrogatoire, deviennent une série d'extravagances.

Dans l'appréciation des faits, le Dr Langlois constate que, pendant la durée de l'observation, l'état mental de B... n'a subi aucune modification. Le prévenu se montra toujours aussi loquace, surexcité et extravagant. Il a écrit de longues lettres qui reflétaient exactement le dérangement intellectuel. Le délire des persécutions qui dominait a disparu par moments et alors apparaissaient des idées de satisfaction personnelle, de grandeurs et de richesse. B... se croyait d'une intelligence hors ligne, il se disait fort comme un hercule, se prétendait séduisant, irrésistible, possédant tous les talents, tous les dons de l'esprit. Il devait être

bientôt millionnaire et devait alors réduire à néant toutes les calomnies.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° B... est atteint de manie aiguë caractérisée par de la « loquacité, de l'incohérence, de l'exaltation des facultés « et du désordre dans les actes ;

« 2° Il existe aussi des illusions internes et des halluci- « nations ;

« 3° Au moment des faits incriminés, il ne jouissait pas « de la plénitude de ses facultés intellectuelles ;

« 4° Il n'est pas responsable.

A la suite de ce rapport, une ordonnance de non-lieu fut rendue et le maintien d'office à Maréville fut ordonné.

Le Dr Langlois fait suivre son rapport des réflexions suivantes : « Depuis cinq mois, l'agitation n'a pas cessé « d'augmenter, et bien que notre malade ne présente aucun « signe somatique de paralysie progressive, nous craignons « beaucoup qu'il ne soit atteint de la même affection que « son malheureux frère, le Dr B..., qui est mort dans le « marasme paralytique à l'asile de Saint-Dizier où il avait « été notre prédécesseur comme interne. »

Deux années sont écoulées depuis cette note. Le malade est en démence avec persistance de l'agitation. Il est désordonné et complètement incohérent dans ses propos. Il ne présente pas de symptômes de paralysie générale.

Dans les deux cas précédents, l'état de folie du prévenu ne pouvait laisser aucun doute ; dans deux autres affaires, le Dr Langlois a cru devoir conclure à la responsabilité de l'accusé.

Le nommé H .. était poursuivi pour outrages à la magistrature, et son arrestation s'était produite dans des circonstances singulières. Il avait été trouvé la nuit, gisant sur le trottoir d'une rue de Nancy et baignant dans son sang : un coup de feu venait d'être tiré ; le blessé poussait des cris, et il déclara aux personnes attirées par le bruit

qu'il venait d'être victime d'une tentative d'assassinat. Les personnes lancées à la poursuite de l'agresseur ne purent ni le retrouver, ni même l'apercevoir. H... fut transporté à l'hôpital. Dans l'enquête ouverte, il raconta, qu'originaire des pays annexés, il recevait des lettres anonymes parce qu'il n'entrait pas au service de la Prusse, et il dépeignit un individu qu'il supposait être à la fois l'auteur des lettres et l'agresseur nocturne. On ne tarda pas à reconnaître que cette déposition était mensongère. Il s'était tiré lui-même un coup de pistolet, et il fut mis en état d'arrestation.

En prison, le prévenu présenta tout à coup des symptômes de dérangement intellectuel. Il devint concentré, ne parlait plus aux autres détenus, et recherchait l'isolement. Pendant une nuit, il décrocha le crucifix de la salle, le coucha dans son lit et s'étendit à terre les bras en croix. Le lendemain, il raconta que son père était mort frappé de trois coups de couteau sous les yeux; il se mit à marmotter des prières et refusa de manger, mais céda après quelques instances. Il fut alors mis en observation à Maréville.

La première nuit de son séjour à l'asile, il quitta plusieurs fois son lit et se livra à une pantomime ridicule; le lendemain, lorsqu'on voulut l'interroger, il leva les yeux au ciel, il se mit à marmotter des paroles inintelligibles, et il refusa de répondre aux questions les plus simples. Il fut bientôt convaincu de simulation, il se mit à rougir; il dut reconnaître qu'il s'était trahi, et il ne tarda pas à entrer dans la voie des aveux.

H... était âgé de dix-sept ans; son crâne était bien conformé, toutefois, il avait du strabisme convergent. Il n'y a jamais eu d'aliénés ni d'épileptiques dans sa famille, mais il a eu des convulsions vers l'âge de quatre ans. Quoique jeune encore, il avait déjà mené une existence assez aventureuse. Il s'était enfui de chez ses parents à l'âge de treize

ans et s'était embarqué pour l'Amérique, afin d'y faire fortune; mais, trop paresseux pour s'astreindre à un travail manuel, il passa plusieurs mois dans l'oisiveté et il dut revenir en France. Il ne perdit pas le désir de s'enrichir rapidement et il voulait aller trafiquer avec les Indiens. Pour obtenir de sa famille les fonds nécessaires, il chercha à se rendre intéressant, il adressa de tous côtés des lettres anonymes, des menaces de mort, même aux magistrats; il inventa une société secrète ayant pour objet de faire des enrôlements dans l'armée allemande ; enfin il voulut faire croire qu'il était menacé et imagina le drame que l'on connaît. Ses plans démasqués, il avait cherché à simuler la folie pour se tirer de la mauvaise voie où il s'était engagé.

« En résumé, dit le Dr Langlois, il est une intelligence « dévoyée, ayant totalement manqué de direction dès son « enfance. Ce besoin de voyager, qui se manifeste dès l'âge « de treize ans, est le résultat de ses lectures. Incapable « de s'astreindre à aucun travail, il ne songe qu'à tenter « fortune pour jouir vite de l'existence.

« Abandonné dans une grande ville, privé de salutaires « conseils, nous estimons que H... a droit à l'indulgence « de ses juges et rappelons qu'il a été atteint de convul- « sions vers l'âge de quatre ans, convulsions qui ont pu « influencer le développement ultérieur du système ner- « veux. »

Le Dr Langlois conclut :

« 1° H... a simulé la folie;

« 2° Au moment des actes incrimés il jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles ;

« 3° Il est responsable. »

Sans que nous cherchions à contester les conclusions de notre confrère, ce fait nous suggère une réflexion, c'est qu'il est fréquent de voir les simulateurs présenter des

anomalies de l'intelligence. Quoiqu'on ne connût pas d'aliénés dans sa famille, H... présentait certains caractères attribués aux héréditaires. Son système nerveux ne semblait pas s'être développé normalement, et cette circonstance était même invoquée comme un motif d'indulgence de la part des juges. Nous ignorons ce que H... est devenu, mais s'il n'était pas aliéné au moment de l'expertise, il pouvait être considéré, suivant une expression originale employée, comme un candidat à la folie.

Le nommé B..., inculpé de menaces de mort et d'incendie, âgé de dix-neuf ans, avait déjà subi quatre condamnations antérieures. Il avait le crâne bien conformé, la denture très régulière, la voûte palatine normale, le regard était expressif et non fuyant comme chez les simples d'esprit. Il avait été arrêté à la suite d'une scène violente avec son père. L'interrogatoire reproduit dans le rapport ne révèle aucun délire, et le docteur Langlois mentionne que B..., depuis qu'il est à Maréville et dans l'impossibilité de se livrer à des habitudes d'intempérance, se conduit très convenablement. On lui a même laissé une certaine liberté et il n'a jamais essayé de s'évader parce que, dit-il, « il sait qu'il serait vite empoigné. »

« Ce n'est, lisons-nous dans le rapport, ni un imbécile « ni même un simple d'esprit. Il se juge très bien quand « il dit qu'il est un ivrogne et une mauvaise tête. Il est « sujet à des moments de fureur passagère, mais ces im- « pulsions mauvaises n'ont rien de maladif, et il possède « assez d'énergie intellectuelle pour les réfréner. »

Il commettait des excès de boisson, mais s'il se grisait, il n'a jamais présenté de signes d'alcoolisme chronique. Le jour de son arrestation, il avait, d'après son propre aveu, bu plusieurs bouteilles de vin gris.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° B... ne présente aucun symptôme d'aliénation mentale.

« 2° Il est intelligent et capable de réprimer ses mauvais instincts;

« 3° Au moment des faits incriminés, il était en état d'ivresse ;

« 4° Il est responsable. »

On voit que le docteur Langlois établit la distinction entre l'alcoolisme et l'ivresse. Il n'invoque aucune atténuation de responsabilité pour les faits commis sous l'influence de l'ivresse, d'accord en cela avec la doctrine généralement admise que l'homme ivre est responsable, parce qu'il est libre de ne pas se griser.

Dans le dernier rapport que nous passerons en revue aujourd'hui, nous voyons une ivrogne incorrigible, mais les experts ont considéré que la prévenue était dipsomane et qu'elle n'était pas capable de mettre un frein à ses désordres. L'affaire présente comme particularité que l'accusée a été deux fois, à un an d'intervalle, l'objet d'un examen médical par les mêmes experts, et dans leur second rapport, les experts ont cru devoir modifier leurs conclusions.

Célina L... était prévenue de rupture de ban et de bris de clôtures. Elle était âgée de trente-sept ans et, après avoir d'abord été domestique, elle s'était mise à vivre dans le désordre. Comme antécédents héréditaires, on signale que son frère est mort aliéné et que sa sœur s'est suicidée. Elle-même avait fait plusieurs tentatives de suicide. Une première fois à Paris, conduite à la préfecture de police pour ivresse scandaleuse, elle s'est jetée la tête la première dans un tonneau rempli d'une solution désinfectante de chlorure de chaux, mais en a été retirée à temps. Elle a été alors envoyée à Sainte-Anne et de là à Ville-Evrard, où elle a séjourné quelques mois. Quelques années plus tard, elle s'est précipitée par une fenêtre du premier étage; on l'a relevée avec une plaie profonde de la lèvre. Un an après, elle s'est fait au cou avec un instrument tranchant

une plaie profonde, et à la suite de cette tentative elle a été envoyée à Bailleul, où elle a fait un court séjour. Elle s'est précipitée de nouveau par une fenêtre et a été relevée avec une fracture de l'avant-bras. Enfin elle s'est jetée deux fois à l'eau. Toutes ces tentatives avaient été commises sous l'influence de l'ivresse.

La vie qu'elle menait est caractérisée dans le rapport par les expressions : Ivresse, débauche crapuleuse. — Elle s'était adonnée à l'ivrognerie et buvait de préférence de l'absinthe; elle avait pour ressources la prostitution et elle avait été, à diverses reprises, arrêtée pour scandale et tapage nocturne. Lors d'une de ses arrestations, elle a été de nouveau envoyée à Bailleul. Après quelques semaines, elle fut remise en liberté, retomba dans ses habitudes d'ivrognerie, et elle fut ramenée à l'hôpital de Saint-Sauveur de Lille. Dans leur premier rapport, les docteurs Castiaux et Follet concluent en ces termes :

« La fille L... est une ignoble créature, profondément « dégradée, se livrant d'une façon continue à la boisson et « à la débauche. Quand elle ne dort pas, elle boit des « liqueurs alcooliques, principalement de l'absinthe et « elle s'enivre. C'est dans cet état d'ivresse qu'elle commet « les faits délictueux qui lui sont reprochés (ivresse scan- « daleuse, tapage nocturne, provocation à la débauche); « nous y joindrons ses tentatives de suicide qui n'ont « jamais été exécutées de sang-froid. Il est à remarquer « que, jusqu'à présent, elle ne se livre guère à des voies « de faits contre les particuliers; nous en exceptons tou- « tefois les gens de la police qu'elle a plus d'une fois fort « maltraités. En un mot, elle n'est pas dangereuse, jus- « qu'ici du moins.

« Nous la considérons comme étant responsable de ses « actes.

« Le sera-t-elle toujours ? Il est infiniment probable que « non.

« L'abus qu'elle fait des boissons alcooliques la con-
« duira tôt ou tard à l'alcoolisme chronique, à l'abrutis-
« sement, à l'irresponsabilité. Une chose même nous sur-
« prend, c'est qu'elle ne soit pas encore en état d'aliénation
« mentale confirmée, d'autant plus qu'elle y est singulière-
« ment prédisposée par le fait de ses antécédents de famille
« dont trois membres sont morts fous. Il est bien entendu
« qu'au point de vue de l'avenir, nous faisons toutes nos
« réserves. D'ailleurs, nous n'avons pas à nous prononcer
« sur ce que deviendra cette fille, mais sur ce qu'elle est
« actuellement. Aussi concluons-nous à la responsabilité,
« tout en conseillant la surveillance. »

La fille L... fut condamnée à plusieurs mois de prison et cinq ans de surveillance. Aussitôt sortie de prison, elle se remit à boire et rentra à Lille, malgré l'interdiction qui lui en était faite; elle fit du tapage dans les rues, alla briser des vitres à l'hôpital, insulta les magistrats et, en conséquence, ne tarda pas à se faire arrêter. Elle fut soumise à un nouvel examen médical.

Les experts la considérèrent comme parfaitement consciente de son état, et raisonnant bien tous ses actes, et néanmoins, ajoutèrent-ils, elle est impulsive, sans pouvoir mettre un frein à ses désordres, de même qu'elle est dipsomane et qu'il ne lui est plus possible d'entraver ses mauvais instincts. Leurs conclusions furent alors :

« 1° Célina L... est certainement plus excitée qu'elle ne
« l'était, il y a un an, époque à laquelle deux d'entre nous
« ont été appelés à l'examiner;

« 2° Il nous paraît aussi impossible aujourd'hui qu'il y a
« un an de déclarer d'une manière formelle qu'elle est
« atteinte d'aliénation mentale.

« Cependant si elle ne présente pas encore d'idée déli-
« rante bien marquée, nous prévoyons qu'elle ne tardera
« pas à devenir irresponsable, et, comme elle ne cesse de
« proférer des menaces de mort à l'adresse de tout le

« monde, elle nous semble pouvoir devenir dangereuse « d'un moment à l'autre ;

« 3° Nous croyons donc qu'il serait bon de ne pas attendre la période d'*irresponsabilité absolue*, et nous conseillons son internement dans une maison d'aliénés, ne « serait-ce que dans le but de la soumettre à un examen « très sérieux, et surtout très prolongé. »

A la suite de ces conclusions, la fille Célina L... a été placée à l'asile de Bailleul.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 MARS 1885.

Présidence de M. DAGONET

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciement adressée par M. Brochin, nommé membre honoraire.

2° Des lettres de remerciement de MM. Camuset et Mairet, nommés membres correspondants dans la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une circulaire de M. le Ministre de l'instruction publique demandant des renseignements pour établir et compléter la liste des sociétés savantes.

2° Le numéro 2 du *Bulletin du manicome privé de Fleurent.*

M. Ritti fait hommage au nom de M. Christian et au sien, de l'article *Paralysie générale* qu'ils viennent de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Paralysie générale d'origine traumatique.

M. Lunier donne communication, au nom de M. Mabille, médecin de l'asile de Lafond, d'un fait de paralysie générale d'origine traumatique, et présente les pièces anatomiques jointes à cette observation (Voir *Annales médico-psychologiques*, n° de mai 1885, p. 408).

Du poids des hémisphères cérébraux d'après le registre de Broca.

M. Ph. Rey. — Dans un précédent travail, je me suis occupé du poids du cervelet, du bulbe et de la protubérance. J'ai donné aussi, dans mes tableaux, le poids total des hémisphères cérébraux avec les membranes. Il s'agit ici de ces mêmes organes privés des membranes et de la sérosité, et plus spécialement du poids de chacun d'eux et des variations qu'il présente selon le sexe, l'âge et la taille des sujets.

Comme précédemment, cette étude porte sur les pesées recueillies par Broca à Bicêtre, à la Salpêtrière, à Saint-Antoine et à la Pitié, pesées inscrites dans le registre que M. Topinard a très obligeamment mis à ma disposition. Elles sont au nombre de 231 chez les hommes et 116 chez les femmes. Sans entrer dans le détail des nombreuses opérations nécessitées par ces recherches, je donnerai les chiffres qui représentent les résultats les plus nets.

Dans un premier ordre de recherches portant sur l'ensemble des cas, il y avait lieu de ranger les cerveaux en deux catégories pour chaque sexe, d'un côté ceux qui ont été recueillis dans les hospices, et ceux qui proviennent des hôpitaux. Ainsi, pour les hommes, à Bicêtre, où l'âge moyen de la population est plus élevé que dans les hôpitaux, 65 cas donnent les résultats suivants :

Hémisphère droit sans membranes .		528,8
Hémisphère gauche.	—	527,3

Tandis que pour les 166 cas recueillis à Saint-Antoine et à la Pitié où les adultes sont en plus grand nombre, le poids des hémisphères cérébraux est plus élevé :

Hémisphère droit sans membranes..		567,6
Hémisphère gauche.	—	566,5

On voit que l'écart, en faveur de ces derniers, est sensiblement le même pour l'un et l'autre hémisphère. On voit aussi que, dans chacune de ces deux catégories, c'est l'hémisphère droit qui prédomine. La différence est de 1gr, 4 pour Bicêtre, et de 1gr, 1 pour les hôpitaux.

Sur l'ensemble des cas, c'est-à-dire 231, les poids moyens sont les suivants :

Hémisphère droit..........	556,8
Hémisphère gauche.........	555,6

La différence est encore de 1,2 en faveur de l'hémisphère droit.

La totalité des cas comprend 24 cerveaux dont le poids varie de 1,500 à 1,600 et au-dessus. L'élimination de cette catégorie a eu pour effet d'abaisser le poids moyen des hémisphères, sans faire varier l'écart qu'ils présentent entre eux. Ces poids moyens, sont :

Hémisphère droit.........	545,1
Hémisphère gauche........	544

On voit que la différence est sensiblement la même que les précédentes.

Nous reviendrons plus loin sur cette catégorie des cerveaux les plus lourds.

Chez les femmes, les 60 cas provenant de la Salpêtrière, donnent :

Hémisphère droit..........	454,9
Hémisphère gauche.........	455,2

et pour les 56 cas recueillis dans les hôpitaux, on a :

Hémisphère droit..........	488,7
Hémisphère gauche.........	488,2

L'ensemble des deux catégories forme un total de 116 cas qui donnent pour le poids moyen des hémisphères :

Hémisphère droit..........	471,3
Hémisphère gauche.........	471,1

On voit que la différence entre les deux hémisphères est plus faible que chez les hommes ; ici encore, sur l'ensemble des cas, elle est en faveur de l'hémisphère droit.

Ce premier résultat sur l'inégalité du poids des hémisphères cérébraux est conforme à celui qu'ont obtenu Gœglio et Matteï, Wagner. Il faut aussi le rapprocher du résultat que Lebon a obtenu au sujet de l'inégalité du développement des régions correspondantes du crâne. Sur

287 cas, cet auteur trouve, en effet, 125 fois le côté droit plus développé, 111 fois le côté gauche et 51 fois égalité des deux régions.

D'autres auteurs, Boyd, Demme, ont, au contraire, trouvé l'hémisphère gauche plus fort que le droit. On voit qu'il reste encore des divergences sur cette question, et qu'il n'était pas sans intérêt d'en faire l'objet de nouvelles recherches. Au reste, l'écart entre les deux hémisphères signalé par les partisans de l'une et de l'autre de ces deux opinions ne va pas au delà de 6 ou 8 grammes.

L'examen de chaque cerveau individuellement donne lieu à des remarques intéressantes. J'ai trouvé chez les hommes, que la différence *maximum* entre les deux hémisphères est de 16 à 18 grammes. Cet écart, du reste, ne se répète que 5 ou 6 fois; de sorte que l'écart *maximum* le plus fréquent serait de 10 à 12 grammes. Nous avons éliminé trois cas isolés où cet écart s'élève à 26, 31 et 32 grammes. Chez les femmes, l'écart *maximum* est de 20 à 22 grammes; on rencontre ces chiffres deux ou trois fois seulement; et les chiffres les plus élevés, après ceux-ci, et bien plus fréquents, vont de 12 à 15. Six cas isolés avec des différences entre les deux hémisphères beaucoup plus sensibles avaient déjà été éliminés, pour un autre motif. On voit que les différences entre les poids de ces deux hémisphères sont, en réalité, peu sensibles. Elles donneraient, si besoin était, la certitude qu'on à affaire à des cerveaux exempts de lésions et par conséquent propres à une étude physiologique. On sait, en effet, que l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans les affections mentales est bien plus grande, surtout chez les épileptiques, les déments, les paralytiques généraux, ainsi que l'ont indiqué les travaux de Follet, Baume, Delasiauve, Baillarger, Luys et, plus récemment, Bra dont l'étude porte sur les 800 pesées recueillies par M. Dagonet. On connaît les chiffres donnés par ces différents auteurs. J'ai moi-même formé une petite série de douze paralytiques généraux, dont les hémisphères présentaient une différence de poids de 20 à 50 grammes. Chez l'un cette différence était de 90 grammes.

Un autre fait à signaler, c'est que l'inégalité de poids des hémisphères est plus sensible dans les séries de cerveaux les moins pesants. Ainsi, chez les hommes, en grou-

pant l'encéphale par poids de 1,600 à 1,000 grammes, on obtient les chiffres suivants :

Encéphale.	nº de cas.	diff. interhémisphérique.
1600 à 1400	71	0,77
1400 à 1300	69	0,81
1300 à 1000	91	2,51

Même résultat chez les femmes si on prend les cerveaux de 1200 à 900 grammes. Mais ici, la différence la plus sensible est au profit de l'hémisphère gauche :

1200 à	1100	36	1,2
1100 à	900	43	2,3

Notons encore que dans les deux sexes, et particulièrement chez les femmes, la différence la plus sensible entre les deux hémisphères, correspond le plus souvent aux cas où l'hémisphère droit est prédominant.

Je ne puis me dispenser de rapprocher ces derniers résultats de ceux que donnent les mêmes recherches portant sur les cerveaux pathologiques. Le relevé des chiffres donnés par M. Bra montre que, sans distinction de la forme mentale, chez les hommes, l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche l'emportent l'un sur l'autre un même nombre de fois et d'une quantité sensiblement égale ; chez les femmes, la supériorité de l'hémisphère droit est plus fréquente. Sur 51 pesées de cerveaux de paralytiques généraux, recueillies par Baume, Baillarger, Dufour, 31 fois l'hémisphère droit est plus fort, 19 fois l'hémisphère gauche. Enfin sur une petite série personnelle de 12 cerveaux de paralytiques généraux, j'ai vu 7 fois la prédominance de l'hémisphère droit, 2 fois l'égalité, et 3 fois un excès de poids au profit de l'hémisphère gauche.

Il résulte de cet examen que, dans les cas pathologiques, comme dans les cas normaux, c'est l'hémisphère droit qui prédomine. Mais pour les cerveaux d'aliénés, les différences les plus sensibles entre le poids des deux hémisphères ne sont pas aussi régulièrement liées à la prédominance de l'hémisphère droit.

M. Luys constatant aussi, chez les aliénés, cet excès de poids au profit de l'hémisphère droit, pense que cette partie de l'encéphale se développant chez eux d'une manière insolite, devient ainsi un élément de trouble et de déraison. Ce savant aliéniste a vu, en effet, que sur 26 cerveaux *féminins* normaux, l'hémisphère gauche l'emporte sur

l'hémisphère droit. Nos résultats, sur l'ensemble des 116 cerveaux *du même sexe*, sont différents : l'hémisphère droit l'emporte sur l'hémisphère gauche. Mais il faut noter que chez les femmes de la Salpêtrière, c'est l'hémisphère gauche qui prédomine, et que sur la totalité des cas, la différence au profit de l'hémisphère droit est bien moindre que chez les hommes.

Nos prochaines recherches sur le poids des lobes frontaux, pariétaux et temporaux, occipitaux, nous fourniront sans doute la raison de cette différence sexuelle.

Influence de l'âge sur le poids des hémisphères cérébraux. — La distinction précédemment établie entre les listes des différents hospices et hôpitaux nous a paru ici sans importance, les recherches portant sur des séries établies d'après l'âge des sujets. En ordonnant des séries comme il suit, on peut déjà savoir le rapport des poids des hémisphères avec l'âge.

Encéphale	Cas	Age	H. D.	H. G.
1500	24	43	656	655
1400	47	41	603	602
1300	70	46	539	538
1200	61	54	519	519
1100	24	65	476	472
1000	4	69	—	—

La décroissance du poids des hémisphères suit les progrès de l'âge, sauf pour la série de 1,500 et au-dessus. Aussi, dans cette étude, avons-nous cru devoir éliminer cette catégorie de cerveaux, sur laquelle nous reviendrons. Les 206 cas comprennent des cerveaux de 1,000 à 1,500 grammes, groupés par séries de cinq en cinq ans, donnant les résultats suivants :

Les poids des hémisphères augmente de 15 à 30 ans où ils ont leur poids maximum : H. D. 587, H. G. 588; de 30 à 35 ans, chacun d'eux perd 20 grammes. Cette décroissance est régulière et s'accentue jusqu'à l'âge de 50 ans. A cette époque, l'hémisphère droit perd 59 grammes, le gauche 63 grammes.

Age	N° 1. Cas	H. D.	H. G.
30 à 35	19	573,4	572,1
35 à 40	16	562,3	561,1
40 à 45	25	554,7	554,4
45 à 50	19	528	525,8

De cinquante ans jusqu'à soixante-dix ans, le poids des hémisphères reste sensiblement le même. Puis, il se produit une nouvelle décroissance, elle est graduelle jusqu'à la période extrême de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq ans : H. D. 486, H. G. 482. La perte totale subie par le cerveau est alors de 101 gr. pour l'hémisphère droit et 106 gr. pour l'hémisphère gauche.

En prenant des périodes plus longues, de dix en dix ans, le poids maximum se trouve reporté de trente-cinq ans aux H. D. 578,1, H. G. 577,6. Il s'abaisse, dans les deux périodes suivantes de trente-cinq à quarante-cinq ans : 556,9 et 556, et de quarante-cinq à cinquante-cinq ans. Un état stationnaire se montre dans la période de cinquante-cinq à soixante-cinq ans, après laquelle la perte de poids devient plus sensible. De soixante-quinze à quatre-vingt-cinq, l'hémisphère droit, 493, l'hémisphère gauche, 489.

Ces remarques s'appliquent à la fois aux deux hémisphères. Leurs variations sont sensiblement parallèles; il ne paraît pas que l'âge ait une influence plus marquée sur l'un ou sur l'autre; cependant la différence de poids entre les périodes successives est constamment un peu plus forte pour l'hémisphère gauche.

L'écart entre les deux hémisphères est une fois au profit de l'hémisphère gauche; c'est dans la période de vingt-cinq à trente ans. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cet écart est plus marqué dans la période extrême, celle des poids les plus faibles. Chez les femmes, j'ai pu réunir 135 cas dont l'âge moyen est de soixante-trois ans.

Les périodes de cinq en cinq ans ne donnent pas de résultats suffisamment nets. De dix en dix ans, le poids maximum des hémisphères se montre à vingt-cinq ans.

15 à 25	526,8	524,1

La décroissance est immédiate et sensible de vingt-cinq à trente-cinq ans et le poids des hémisphères reste à peu près stationnaire jusqu'à quarante-cinq ans. Une nouvelle perte de poids dans la période suivante est suivie d'une autre phase stationnaire jusqu'à soixante-cinq ans. De soixante-cinq à soixante-quinze, la perte de poids est la plus sensible, et elle s'accentue encore dans la dernière période de soixante-quinze à quatre-vingt-cinq ans.

25 à 35	506,3	502,6
35 à 45	509,2	507,2
45 à 55	489,2	490,3
55 à 65	495,1	495,6
65 à 75	460,7	462,8
75 à 85	449,6	450,4

On voit que le poids maximum des hémisphères cérébraux se montre plus tôt chez la femme, la perte de poids est aussi plus précoce. La période stationnaire serait plus longue. Enfin l'âge vers lequel la perte de poids est la plus sensible, est la même pour les deux sexes, c'est-à-dire après soixante-cinq ans.

La différence entre ces deux hémisphères est ici fréquemment au profit de l'hémisphère gauche.

Influence de la taille. — Nous avons encore écarté les cerveaux de 1,500 grammes et au-dessus. Sur l'ensemble des 196 cas, chez les hommes, il est facile de voir que le poids des hémisphères croît avec l'élévation de la taille prise de cinq en cinq centimètres.

Taille	H. D.	H. G.
1,50 à 1,55	481,2	477,5
1,55 à 1,60	548,5	548,2
1,60 à 1,65	552,8	550,5
1,65 à 1,70	554,2	552,7
1,70 à 1,75	562,8	561,7
1,75 à 1,80	597	595,9

Cette augmentation varie beaucoup selon les différentes périodes. Elle est très sensible pour les petites tailles de 1,50 à 1,60; à peu près nulle pour les sujets 1,60 à 1,70; elle s'accentue de 1,70 à 1,75 et surtout de 1,75 à 1,80, c'est-à-dire pour les tailles au-dessus de la moyenne.

Chez les femmes, l'influence de la taille est également manifeste; mais il faut prendre des périodes plus étendues, de 10 en 10 centimètres. Elles donnent le tableau suivant:

1,40 à 1,50	465,4	465,1
1,50 à 1,60	472,8	473,3
1,60 à 1,70	494,2	494,6

Les hémisphères cérébraux gagnent du poids avec l'élévation de la taille; cette augmentation est surtout notable pour les tailles les plus élevées de 1,60 à 1,70.

Je reviens maintenant aux cerveaux les plus lourds, ceux de 1,500 à 1,600 gr. et au-dessus, que j'ai écartés jusqu'ici de cette étude. Ils appartiennent tous au sexe masculin, au nombre de 24, dont 6 parmi les cas recueillis à Bicêtre. L'âge moyen correspondant à ces 24 cas est de quarante-trois ans, époque à laquelle, si nous opérons sur la totalité des cas, le cerveau a déjà commencé de décroître. L'influence de l'âge n'est donc pour rien dans le développement de ces cerveaux exceptionnels. Il en est de même pour la taille, car la moyenne correspondante à nos 24 cas, est sensiblement la même pour les cerveaux de 1,400 grammes. Il eût été nécessaire d'avoir la biographie des sujets ainsi favorisés; peut-être y aurait-on trouvé la cause du poids élevé de la masse encéphalique.

Les deux hémisphères dépouillés des membranes ont sensiblement le même poids.

La proportion de ces gros cerveaux est, pour la population totale des trois hôpitaux, de 8 p. 100. Sur 154 cerveaux d'aliénés que j'ai recueillis et pesés moi-même, la proportion des poids élevés est assez voisine de la précédente : elle est de 6.5 p. 100. L'âge moyen des premiers est de quarante-trois ans. L'âge moyen, dans le second cas, est de cinquante ans. En parcourant les listes de Broca, on peut voir que dans les hôpitaux et hospices, le plus grand nombre des individus doués d'un cerveau au-dessus de la moyenne, c'est-à-dire à partir de 1,400, disparaît avant l'âge de quarante ans; la proportion est de 48 p. 100; elle est de 20 p. 100 de cette période jusqu'à quatre-vingts ans. Tandis que dans les asiles d'aliénés, si nous nous en rapportons à nos observations personnelles, la disparition des individus à gros cerveau est de 7 p. 100 avant quarante ans; elle est plus tard de 13 p. 100. Ce qui ressort de ces chiffres, c'est qu'un grand nombre des individus à gros cerveaux et sains d'esprit, succombent à la période de trente à quarante ans; et un certain nombre de ceux qui survivent viendront échouer dans les asiles d'aliénés. Je reconnais que ma statistique est trop faible pour servir de base à une hypothèse aussi grave, aussi n'ai-je voulu qu'indiquer un point des recherches que je compte entreprendre avec des matériaux plus importants.

M. Lunier fait observer qu'il y aurait intérêt dans ces pesées à procéder par séries, considérant les vésaniques

d'une part, les cérébraux de l'autre. Il rappelle, à ce propos, qu'il y aura à Rome, en octobre prochain, et grâce aux efforts du docteur Lombroso, un congrès dans lequel devront être discutées toutes les questions relatives à l'anthropologie criminelle. On se propose de créer, à ce propos, une exposition de pièces se rapportant à la crâniologie criminelle.

M. Ch. Féré.— La communication de M. Rey nous offre plusieurs points intéressants, j'en relèverai deux en particulier. Chez les femmes, dit-il, le cerveau acquiert plus tard son maximum de développement et son atrophie commence plus tôt. Cette proposition qui mériterait de s'appuyer sur des faits plus nombreux, concorde avec d'autres faits relatifs à l'évolution du squelette et sur lesquels j'ai insisté à plusieurs reprises. L'évolution de l'os est plus précoce dans les points où l'ossification a été la plus tardive et c'est dans ces régions que l'atrophie se manifeste tout d'abord; en outre, il y a à cet égard une différence au préjudice de la femme.

Quant à la remarque que les sujets à gros cerveau disparaissent après quarante ans dans les hôpitaux ordinaires, tandis qu'on les retrouve encore dans les asiles d'aliénés, elle serait surtout importante si on pouvait en donner une explication satisfaisante. Les hommes à gros cerveau disparaissent-ils par le fait d'une mort prématurée ou bien acquièrent-ils d'ordinaire une position sociale qui leur permet d'éviter l'hôpital, quand ils ne deviennent pas aliénés?

Sur la transformation de la folie simulée en folie véritable.

M. Foville donne lecture, au nom de M. Parant, d'un Mémoire sur cette question. (Voir plus haut, p. 19.)

M. Foville, en terminant sa lecture, propose de mettre la question traitée par M. Parant, à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Cette proposition est adoptée.

Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire.

M. Falret. — Messieurs, il me semble que la question des signes spéciaux des folies héréditaires pourrait faire

revivre les anciennes discussions si intéressantes de notre Société. *Les Leçons de M. Magnan*, et notamment sa récente communication à l'Académie, rentrent dans cet ordre d'étude. Deux grandes dissidences règnent ici à ce sujet. Les uns pensent que l'hérédité joue un très grand rôle dans l'aliénation mentale, mais qu'elle n'est qu'une cause et n'imprime aucun cachet à l'aliéné. D'autres, comme Morel, admettent des folies héréditaires, c'est-à-dire avec des stigmates et des signes particuliers. L'hérédité a donné lieu à bien des statistiques divergentes. Je me bornerai à quelques indications générales pour provoquer la discussion.

Historique. — L'ouvrage de M. Lucas a marqué une époque nouvelle dans l'étude de l'hérédité au point de vue physiologique et pathologique. Moreau (de Tours) a étudié l'hérédité dans ses applications aux diverses formes d'aliénation mentale. Morel a établi des lois générales, et malgré ses obscurités et ses aperçus vagues, il a ouvert une voie nouvelle en étudiant les transformations de l'hérédité morbide, ne se bornant à l'hérédité similaire ni transformée, mais fixant son esprit sur les caractères physiques; la dégénérescence physique et la stérilité de la race sont pour Morel les résultats de l'hérédité vésanique qui ne se bornerait pas à des transformations mentales. C'est là sa grande loi, générale sinon absolue; il a accumulé des faits nombreux pour établir cette loi. Dans les familles qu'il a observées, les troubles mentaux et nerveux deviennent plus graves par l'hérédité.

Y a-t-il des stigmates physiques, intellectuels, moraux chez les descendants d'aliénés? Les aliénés héréditaires ont-ils un cachet spécial? C'est la question sur laquelle je veux insister. Il y a l'hérédité simple et l'hérédité accumulée; ces stigmates existent dans les familles à hérédité accumulée.

1er point: Quelle est l'empreinte de l'hérédité dans les maladies mentales? 2e point: Y a-t-il des formes mentales caractéristiques héréditaires?

1er point: De la paralysie générale. — La paralysie générale a été étudiée comme une maladie individuelle, diverses notions étiologiques ont été invoquées, en dehors de l'hérédité; plus tard, Baillarger (Mémoire de 1847) et Lunier ont établi l'hérédité congestive pour expliquer la paralysie

générale; depuis on a admis des paralysies générales d'origine vésanique; aujourd'hui, au point de vue de la cause on admet trois ordres de paralysies générales: spontanées, congestives, vésaniques. On a dit de plus que ces paralysies générales héréditaires avaient des caractères spéciaux: durée longue, rémissions très fréquentes, forme circulaire. Voilà la première question à résoudre.

Alcoolisme. — N'est pas alcoolique qui veut, a dit Lasègue; on peut être ivrogne à volonté, mais non alcoolique sans prédisposition spéciale; il est reconnu aujourd'hui que les alcooliques sont des héréditaires. Cette hérédité se manifeste sous plusieurs formes; les uns sont très sensibles à la moindre dose d'alcool, les autres ne peuvent s'enivrer et résistent aux plus fortes doses. En sorte que l'alcoolisme lui-même est soumis à l'hérédité morbide. Morel l'a démontré à l'aide de faits nombreux, il a établi que les alcooliques étaient des héréditaires nerveux et aboutissaient à la stérilité et à la dégérescence.

Délire de persécution. — Cette expression inconnue autrefois, à peine signalée dans Esquirol, a été mise en relief par Lasègue. C'est une maladie fréquente, caractérisée au début par de simples interprétations délirantes; survient la période d'hallucinations de l'ouïe (voix courtes, isolées), puis s'ajoute la systématisation dans laquelle les hallucinations des autres sens s'accompagnent d'autres interprétations délirantes, le tout pour aboutir à la mégalomanie. On n'a pas suffisamment distingué le délire de persécution sans hallucination des persécutés avec hallucinations. Lasègue a dit que ceux qui personnifient leur délire au lieu de l'attribuer à un très grand nombre, à plusieurs groupes, sont plus dangereux que les autres parce qu'ils devenaient des persécuteurs. Mais il n'a pas assez établi que ces aliénés persécuteurs n'ont jamais d'hallucinations; ce ne sont pas les persécutés de nos asiles; ils font des mémoires, soulignent les mots, ils ont des formes de langage particulières, s'adressent aux autorités, ils n'ont pas d'hallucinations, ce sont des fous raisonnants, ce sont des héréditaires, l'hérédité apporte donc sa marque dans ce délire.

Epilepsie. — Lasègue a admis que l'épilepsie vraie reposait sur une déformation crânienne de la base du crâne, datant de la naissance. Personne ne peut nier que l'épi-

lepsie ne soit héréditaire, mais il a été établi que son hérédité n'est pas toujours similaire ; il n'y a que 7 à 8 p. 100 d'hérédité similaire, ce qui donnerait raison à Lasègue, quand il disait que l'épilepsie n'était pas constamment héréditaire. Moreau (de Tours) avait d'ailleurs déjà établi que les épileptiques sont des fils d'alcooliques. Certains épileptiques sont des fils d'aliénés, il faut retrouver l'hérédité de l'épilepsie dans les autres formes des maladies nerveuses.

L'épilepsie héréditaire a son empreinte : l'état convulsif est moindre, le vertige plus accentué; la forme fruste appartient de préférence à l'épilepsie héréditaire. L'épilepsie larvée, a dit Morel, est toujours de l'épilepsie héréditaire.

Hystérie. — Les hystériques, au point de vue de leurs ascendants, rentrent dans la loi de Morel, et présentent aussi la prédominance des formes délimitées, vertigineuses, frustes sur les phénomènes convulsifs et ne présentent que des caractères isolées de l'hystérie : clou, ovarie.

Hypocondrie. — Les hypocondriaques par hérédité ont des idées absurdes, étranges, sur la nature et la cause de leur mal, bizarres sur la pathogénie ; ils croient par exemple que leur sperme circule avec leur sang.

Toutes les formes d'aliénation mentale portent donc l'empreinte de l'hérédité, et de plus, cette hérédité imprime des marques caractéristiques à chaque forme héréditaire. Dès l'enfance, ces aliénés présentent des caractéristiques : asymétrie du crâne et de la face, strabismes, tics de la face, strabisme de la face de Lasègue (au point de vue du mouvement et du squelette), bégaiement, bec-de-lièvre. Chez ces prédisposés, des stigmates se retrouvent dans toutes les parties du corps, dans la démarche, dans les organes génitaux, des hernies, des pieds-bots.

A côté de ces signes physiques il y a des signes intellectuels, comme des inégalités énormes dans le développement des facultés; certaines sont brillantes, poésie, calcul, mémoire, sculpture, et d'autres sont obscures ; ce sont des génies partiels, d'après Félix Voisin ; ils ont des instincts vicieux, sont réfractaires à l'éducation, indisciplinables, et cela contrastant avec certaines aptitudes remarquables, tout comme certains imbéciles et certains idiots.

Mais c'est au moment de la puberté que ces caractères

s'accentuent : accidents choréiformes, convulsifs, délirants; accès graves qui déroutent le diagnostic des médecins; ils simulent une méningite, mais celle-ci s'arrête; l'évolution de la puberté est lente, difficile dans les deux sexes et n'a pas été assez étudiée. C'est à ce moment que s'opère la bifurcation; les uns deviennent idiots et imbéciles, les autres tendent vers la folie raisonnante et le délire des actes. Ceux-ci s'engagent, changent de position, se font condamner, passent pour des excentriques, ou se font enfermer et là deviennent source de nouvelles contestations ou bien passent leur vie entre la liberté et les asiles.

Ce qui est intéressan, c'est d'étudier les signes physiques qui correspondent à des troubles intellectuels et moraux. Si ces aliénés ont l'air d'individus normaux à certains intervalles, les signes physiques n'en persistent pas moins, ainsi que M. Légrand du Saulle l'a établi et que M. Magnan vient de l'exposer en détail à l'Académie de médecine. Ce sont des anomalies génitales, dans tous les temps de l'acte génital en plus ou en moins, excès de salacité ou divers degrès d'impuissance. Ceci est souvent difficile à obtenir dans les confidences des malades ou de leurs familles. Les traités de l'impuissance et de la stérilité contiennent des faits très intéressants mais mal interprétés au point de vue de l'hérédité. Il y a des crises cérébrales, des accidents cérébraux subits, à forme en apparence grave, mais d'un pronostic moins sévère, toutefois, ces crises cérébrales sont souvent un des modes de terminaison de tous ces héréditaires.

Ainsi à la naissance, dans l'enfance, à la puberté, plus tard et jusqu'à la mort, ces aliénés héréditaires sont donc plus cérébraux que les autres; ici, les signes physiques, contrairement à l'observation des anciens aliénistes, sont plus prononcés que les autres signes. La folie héréditaire à ce point de vue doit donc être rapprochée de l'imbécillité et de l'idiotie.

Certains caractères généraux appartiennent à la folie héréditaire. Le contraste entre la lucidité et les troubles moraux existe des plus marqués. Ce sont des aliénés raisonnants, lucides.

La rémittence est un second caractère essentiel à la folie héréditaire, parfois elle est très prolongée, et à ce moment ils ne sont qu'excentriques.

Un troisième caractère sur lequel M. Magnan a insisté, c'est le développement subit de conceptions délirantes qui surgissent d'un jour à l'autre au milieu d'un état général qui ne paraît pas comporter un pareil élément. Ce sont des idées de grandeur, absurdes. Ces idées, au lieu de se systématiser, ont une durée courte et disparaissent avec la même rapidité que celle de leur éclosion. Morel n'y avait pas assez insisté et Magnan les a bien mises en relief.

En dehors du rôle général de l'hérédité comme cause de l'aliénation, il y a lieu d'étudier les formes qui portent plus spécialement le cachet de l'hérédité, la forme raisonnante, les formes intermittentes et périodiques, la folie circulaire, la folie avec conscience, la folie du doute, etc.

A côté du groupe des variétés de paralysies générales, il y a lieu de distinguer des variétés dans le groupe des folies héréditaires, et c'est l'analyse de ces variétés qui doit contribuer aux progrès de l'aliénation mentale.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE SOLENNELLE DU 27 AVRIL 1885.

Présidence de M. DAGONET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT informe les membres de la Société de la présence de M. Legroux, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique du professeur Lasègue, et de MM. Giraud et Doutrebente, membres correspondants.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société des pertes qu'elle vient de faire dans les personnes de M. Charles des Etangs, membre honoraire, de M. Prosper Lucas, ancien président, de M. Hurel, membre correspondant, et de M. Miraglia de Naples, membre associé étranger.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Aug. Voisin et Ch. Loiseau qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. Dubuisson (Paul), adjoint de Sainte-Anne, sollicitant d'être nommé membre titulaire.

Une commission composée de MM. Ritti, Charpentier, Bouchereau, rapporteur, est désignée pour examiner les titres et travaux du candidat.

3° Une lettre de M. Georges Labitte, avec sa thèse de doctorat *sur la colonisation des aliénés*, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Une commission composée de MM. Dagonet, Charpentier, Motet, rapporteur, est nommée pour énumérer les titres et travaux de M. Labitte.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 2 des *Annales médico-chirurgicales*, du Dr Martineau.

2° Le n° 1 du *Manicome de Ricco et Venturi.*

3° Les nos 3 et 4 du *Manicome de Fleurent.*

4° Le n° 10 du *Manicome de Sienne.*

M. Falret présente les excuses de Mme veuve Lasègue et de M. Blum, gendre de M. Lasègue, qui ne peuvent assister à la séance.

Eloge du professeur Ch. Lasègue.

M. Ritti. — Messieurs, lorsqu'on étudie la vie et les œuvres d'une de ces personnalités éminentes qui se sont illustrées dans les sciences, les lettres ou la philosophie, ce qu'on cherche à dégager c'est la pensée maîtresse, l'idée directrice, qui lui a servi de guide dans ses recherches, ses créations ou ses méditations. En médecine, pas plus que dans les autres sciences, l'esprit réfléchi ne marche au hasard de l'observation, vivant au jour le jour des faits qui se présentent; il subit toujours plus ou moins l'influence d'une idée doctrinale et ses travaux valent ce que vaut celle-ci. Mais il n'appartient qu'aux intelligences d'élite d'ouvrir à la science des voies nouvelles et d'y engager leurs contemporains. Lasègue fut une de ces intelligences, et les services signalés qu'il a rendus à la médecine mentale en sont la meilleure preuve.

S'il sacrifia d'abord à la méthode psychologique, obéissant en cela et à ses études premières et à l'enseignement de ses maîtres, il ne tarda pas à reconnaître l'inanité d'un tel procédé de recherches et la nécessité « de substituer

» l'observation directe à l'observation médiate, raisonnée, » appuyée sur des considérations physiologiques ou philo» sophiques ». Arracher l'étude de la folie aux compromissions de la psychologie et la rattacher à la pathologie, telle fut sa pensée dominante, celle qu'on peut aisément suivre dans son enseignement et dans ses écrits, celle que, dans une occasion solennelle, il résuma dans les termes suivants : « Il y a un proverbe qui dit que toute branche » détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour » la branche de la médecine mentale ; elle a besoin de » se rattacher au tronc de la médecine générale, sous peine » de ne pas vivre. »

Si M. Lasègue doit être, en aliénation mentale, considéré comme un penseur original, et — osons le dire — comme un novateur, il possédait encore bien d'autres mérites dont le moindre suffit à certains pour les mettre en évidence. A la fois orateur incomparable et écrivain d'une rare précision, professeur d'une habileté consommée et clinicien patient et sagace : pour apprécier dignement cette vaste intelligence aux capacités si diverses, il ne faudrait pas moins que plusieurs des brillantes qualités dont elle était si libéralement douée.

Alexandre de Humboldt, sollicité d'écrire une préface aux œuvres de l'illustre Arago, son ami, la commence par cette phrase d'excuse : « Je remplis avec trop de confiance » peut-être et sans consulter la mesure de mes forces, un » douloureux devoir. » Ces craintes peu justifiées du célèbre voyageur, j'ai bien plus de raisons de les exprimer. La tâche que je me suis imposée est difficile et délicate ; et pour vaincre des hésitations très légitimes, j'ai fait appel à un double soutien : le sentiment d'une pieuse obligation à remplir et la certitude de cette inaltérable bienveillance à laquelle vous m'avez habitué.

Ernest-Charles Lasègue naquit à Paris, le 5 septembre 1816, d'une famille qui y habitait depuis plusieurs générations, particularité qu'il aimait à rappeler non sans une légère pointe d'orgueil. Son père, esprit fin et lettré, poète à ses heures, était un botaniste distingué que la famille Delessert s'était attaché en qualité de bibliothécaire et de conservateur de ses collections. De bonne heure il s'appliqua à développer les brillantes qualités qu'il sut distinguer chez son fils, et lorsque, pour compléter ses

études, il l'envoya au lycée Louis-le-Grand, il fut heureux de constater que le succès répondait à ses efforts. Le jeune élève marchait toujours à la tête de sa classe et, dans les luttes du concours général, il fut proclamé un des heureux vainqueurs.

Une fois reçu bachelier, Lasègue ne perdit pas beaucoup de temps pour chercher sa voie ; ses aptitudes naturelles le guidant, elle lui semblait tout indiquée, sa véritable vocation était l'enseignement. Il eut d'abord le dessein de se présenter à l'École normale supérieure, mais il ne donna pas suite à ce projet, la liberté, le plein air seyant bien plus à sa nature d'esprit que la réclusion, se présentât-elle sous les formes les plus anodines. Il se livra alors à un travail opiniâtre, accumulant les connaissances les plus variées, s'adonnant spécialement à la philosophie et aux langues anciennes. Pour approfondir les doctrines des maîtres de la pensée antique, le plus simple n'est-il pas de remonter à la source, de lire dans le texte les dialogues du divin Platon et l'œuvre encyclopédique de son savant disciple? Tel était bien le sentiment de Lasègue. De là sa passion pour l'étude de la langue grecque, qu'il arriva en peu de temps à comprendre à livre ouvert dans ses écrivains les plus difficiles. Quant au latin, il lui était devenu familier à ce point qu'il conversait aisément en cette langue avec une grande élégance et sans hésitation.

Avec cette préparation, aidée de l'étonnante facilité d'exposition dont il était doué, l'examen de la licence ès lettres ne fut pour lui qu'un jeu. Il le passa au mois de juillet 1838; il n'avait pas vingt-deux ans. Quelques semaines après, à la rentrée des cours, la suppléance de la chaire de philosophie du lycée Louis-le-Grand lui fut offerte ; est-il besoin de dire qu'il accepta cet honneur avec empressement et qu'il fut flatté de professer des questions qui lui étaient familières dans la classe même qu'il fréquentait naguère encore comme élève?

La voie de l'enseignement des lettres, dans ce qu'elles ont de plus élevé, lui semblait alors largement ouverte, et tout nous permet d'affirmer qu'il l'eût parcourue d'une manière brillante : sans doute il y eût trouvé des rivaux, mais peu de supérieurs. Les circonstances en décidèrent autrement. Dans son éloquent éloge de Trousseau, son maître, il dit, semblant faire un retour sur lui-même :

« Le hasard d'un applaudissement, la bonne fortune d'une » rencontre, un obstacle inattendu, voilà ce qui règle » l'avenir des hommes illustres aussi bien que celui des » gens perdus, ignorés dans la foule. A l'âge où on se croit » une vocation, ne ressemblons-nous pas, à notre insu, au » voyageur qui dans un carrefour hésite à choisir sa voie. » Au départ les routes se touchent, un rien, un caprice » résout l'indécision; cent pas plus loin il est déjà trop » tard, on ne consent plus à revenir en arrière. » Que Lasègue, à ce moment de sa vie, alors que le succès commençait à lui sourire, ait eu quelques hésitations, il nous serait impossible de l'affirmer; mais ce qui est certain c'est que le hasard d'une rencontre allait le détourner du chemin suivi jusqu'alors.

Parmi les jeunes gens qu'il fréquentait et avec lesquels il se plaisait à ces entretiens interminables sur toutes choses, qui sont comme le charme de l'existence et surtout de l'amitié, se trouvaient Claude Bernard et Morel: le premier venait d'être reçu interne des hôpitaux et était attaché au service de Falret père, à la Salpêtrière; le second, jeune docteur à la recherche d'une position sociale, se livrait avec ardeur à des études de pathologie mentale sous la savante direction du maître de son ami Bernard.

Ce maître se complaisait encore dans ce qu'il a appelé lui-même sa phase psychologique. Victor Cousin et ses disciples venaient de découvrir l'Ecole écossaise; Reid et Dugald-Stewart étaient en honneur; les facultés de l'âme n'avaient plus de secrets pour eux. Quoi de plus simple que d'appliquer les principes obtenus à la solution du problème de la folie! Aussi voyait-on Falret et ses élèves s'appliquer avec une sorte d'acharnement à la description des lésions de l'attention, de l'abstraction et des autres facultés de l'entendement. Pour de telles recherches un philosophe de profession n'est pas de trop, et l'on conçoit aisément que Lasègue, présenté par ses deux amis, fût reçu dans le cénacle à bras ouverts. Il entra dans ce milieu, nouveau pour lui, en curieux cherchant dans les faits pathologiques une démonstration à ses idées en psychologie. Il se passionna pour ce genre d'études et devint bientôt un des élèves les plus assidus de cette école de la Salpêtrière aux destinées si brillantes. De cette période de sa jeunesse, période de travail assidu, enthousiaste

même, Lasègue conserva toute sa vie le plus doux souvenir. Il ne parlait jamais de Falret père qu'avec un profond sentiment de piété filiale; il se plaisait surtout à reconnaître que s'il avait trouvé en lui un maître, ce n'était pas maître jaloux, encore moins despote, car il n'exigeait pas de ses élèves une soumission absolue à ses idées. Indépendance et travail, telle était la devise de l'école.

Lasègue aimait cet enseignement familier, « conforme à » la destination de toute clinique, dont le programme vrai » est d'être plutôt que de paraître »; l'empreinte qu'en reçut son esprit fut ineffaçable, et près de trente ans après, l'occasion s'en présentant — occasion douloureuse, il est vrai — il sut faire revivre ces impressions de son jeune âge en quelques-unes de ces phrases si condensées dont il avait le secret. « Le service, écrivait-il en 1871, » était accessible à tous, sans formalités, sans doctrines » imposées. Chacun étudiait selon la pente de ses aptitudes » et rapportait ses observations personnelles, débattues » et discutées, controversées en commun avec l'indul- » gente participation du maître. On vivait ainsi dans une » amicale activité d'esprit dont aucun de nous n'a perdu » le souvenir..... » Le D[r] Falret « a su, qualité rare entre » toutes, faire des élèves, instruits à son école, mais » indépendants, et dont pas un n'a suivi servilement sa » trace. C'est à ce signe, paradoxal en apparence, qu'on » reconnaît le talent du professeur. Tout enseignant » qui transmet son idée à des copistes, éteint l'activité des » élèves, et la valeur souveraine du maître n'est pas » d'imposer un système, mais d'imprimer une impulsion » dont il ne limite ni la portée ni l'avenir. »

Dans ce contact presque journalier avec de jeunes docteurs et des étudiants en médecine, Lasègue se sentit prendre d'un goût très vif pour la science dont il entendait constamment parler autour de lui. Après avoir bien pesé les avantages et les inconvénients d'un changement de carrière, il prit le parti de suivre son goût, se fit inscrire à la Faculté de médecine, suivit les cours et les cliniques, disséqua à l'amphithéâtre, se livra enfin à un travail sans relâche. Les nécessités matérielles l'obligeaient à continuer l'enseignement des belles-lettres et de la philosophie; mais vint un moment où il put y suppléer en donnant des leçons d'anatomie aux étudiants moins avancés que lui dans

leurs études. On raconte même qu'il s'associa avec son ami Claude Bernard pour faire un cours privé de physiologie. Ils louèrent à cet effet un rez-de-chaussée rue Saint-Jacques, et le futur professeur de médecine expérimentale du Collège de France se chargeait de préparer les vivisections que Lasègue expliquait et commentait devant les élèves.

On aime à se représenter ces jeunes gens d'élite se réunissant dans cet obscur logis du quartier latin, peu préoccupés encore de l'avenir, mais s'excitant au travail et se livrant à des discussions sans fin sur les sciences qu'ils cultivaient avec amour. Claude Bernard, nature silencieuse, y apportait ce calme méditatif dont il ne se départait guère; Morel, esprit expansif et aventureux, mettait au service de la communauté, en même temps que les théories qu'il échafaudait, sa connaissance approfondie des langues étrangères; Lasègue, excitant tout le monde par sa verve intarissable, devait discourir sur toutes choses et en particulier sur la nécessité de l'alliance de la médecine avec la philosophie.

Cette réunion de jeunes esprits distingués ne rappelle-t-elle pas à la mémoire un autre groupe de jeunes hommes, tous issus de la Normandie, passionnés pour la science et la philosophie et qui, pour en disserter, se donnaient volontiers rendez-vous chez le plus riche d'entre eux, l'abbé de Saint-Pierre? L'illustre inventeur de la paix perpétuelle recevait ses amis dans sa petite maison du faubourg Saint-Jacques, où il hébergeait son compatriote le mathématicien Varignon. Fontenelle allait les voir assez souvent et passait parfois deux ou trois jours avec eux. « Nous nous rassemblions, dit-il (1), avec un extrême plaisir, jeunes, pleins de la première ardeur de savoir, fort unis ; et ce que nous ne comptions peut-être pas alors pour un assez grand bien, peu connus. Nous parlions à nous quatre une bonne partie des différentes langues de l'empire des lettres, et tous les sujets de cette petite société se sont dispersés de là dans toutes les académies. »

Malgré la distance des temps, l'analogie n'est-elle pas complète? Nos jeunes savants, eux aussi, se sont dispersés

(1) *Éloge de Varignon.*

dans les académies, ont marqué dans le professorat, et augmenté par d'éclatantes découvertes le domaine de la science.

Tout en complétant ses études médicales et en préparant ses examens, Lasègue continue ses recherches de psychologie morbide. Il se propose de faire avec Morel un ouvrage traitant des principaux phénomènes moraux qui se produisent, soit dans la grossesse, soit après l'accouchement ; ce projet n'eut aucune suite. Il en poursuit alors un autre avec le même collaborateur, sur les conseils duquel il avait appris la langue allemande.

L'histoire de la médecine mentale en Allemagne, au commencement de ce siècle, n'est pas sans intérêt. Deux grands courants, bien nettement délimités, s'y reconnaissent aisément : d'une part, l'école somatique, ayant pour représentants les plus attitrés Nasse, Friedreich, Jacobi ; et d'autre part, l'école psychologique qui compte au premier rang, Langermann, Ideler, Heinroth, Hoffbauer. Faire connaître les travaux et surtout les doctrines, parfois un peu obscures, de ces aliénistes, était une œuvre difficile devant laquelle ne reculèrent pas Lasègue et Morel. Ils n'en traitèrent, il est vrai, que la première partie, et l'on peut dire que c'est la plus ardue : il s'agit de l'histoire de l'école psychologique. Si par ses origines, par la valeur incontestée de ses disciples, par l'importance de ses publications, elle semblait tout d'abord mériter leur attention, ils se sentaient surtout attirés vers elle par une sorte d'affinité élective.

Il n'est pas d'idée générale, si neuve qu'elle paraisse, qui n'ait ses racines dans le passé. Ainsi en est-il de l'école psychologique en aliénation mentale. Aussi nos auteurs peuvent-ils remonter jusqu'aux travaux de Jean Weyer et de Paul Zacchias, passer par Descartes, s'arrêter particulièrement à Stahl, le père incontesté de l'école, avant d'arriver à Heinroth qui résume en lui les qualités et surtout les exagérations de la doctrine. Ils montrèrent que, pour étranges que paraissent au premier abord les idées de Heinroth sur la folie, elles n'en présentent pas moins une incontestable logique, une coordination raisonnée, et qu'elles portent la marque d'un grand esprit et d'une nature morale élevée.

Si, pour le professeur de psychiatrie de Leipzig et pour

ses disciples la folie doit être considérée comme une altération maladive de la moralité, le cercle morbide s'élargit avec Langermann et son élève favori Ideler; l'analyse psychologique est plus complète, plus précise et plus fine, et la pathologie en est déduite avec une grande habileté. Lasègue, qui a écrit cette seconde partie, en 1845, sans le concours de Morel, nous y montre un grand talent d'exposition et des connaissances philosophiques peu communes à son âge. Il nous guide à travers les méandres de la pensée de son auteur, écarte, sans qu'il y paraisse, les plus grandes difficultés, et nous laisse charmés et contents de nous-mêmes, car il nous a aidés à comprendre un système qui a sa grandeur mais aussi ses obscurités.

Parmi les jeunes professeurs de la Faculté de Paris il en était un qui avait acquis une légitime popularité par son éloquence entraînante et l'originalité de ses idées. Trousseau, dont la réputation devait grandir encore, attirait déjà autour de sa chaire et dans son service d'hôpital un auditoire avide et enthousiaste. Lorsque Lasègue dut faire de la clinique, ce couronnement des études médicales, il ne voulut se soumettre qu'à un maître de son choix; il parcourut donc tous les hôpitaux l'un après l'autre, ne faisant que passer dans tel service, restant quelque temps dans tel autre, mais ne trouvant à se fixer nulle part. L'enseignement du disciple de Bretonneau fut pour lui une révélation, et l'on peut dire que, dès le jour où il l'entendit pour la première fois, il s'attacha à Trousseau pour la vie. Le professeur et l'élève étaient faits d'ailleurs pour se comprendre. Vit-on jamais ressemblances plus nombreuses qu'entre ces deux grands esprits! Eloquents tous deux, ils cultivèrent leur art avec passion, se montrèrent jaloux des prérogatives de la clinique et prisaient au-dessus de tout le savoir acquis au lit du malade. On a pu faire à l'un et à l'autre le reproche de ne pas tenir assez compte des acquisitions nouvelles, de trop mettre à l'écart la méthode expérimentale. Ce reproche n'avait guère le don de les émouvoir; ces maîtres cliniciens, « gens patients et de sang froid », selon l'expression de l'un d'eux, avaient la conviction profonde et à bien des égards justifiée, qu'en art médical l'observation clinique doit être la pierre de touche des nouveautés sorties du laboratoire.

C'est à Trousseau, ce maître de sa préférence, que Lasègue

dédia sa thèse sur « Stahl et sa doctrine médicale ». Après les victoires de l'école physiologique et au milieu d'une génération tout entière entraînée vers les recherches anatomo-pathologiques, il devait paraître audacieux d'exhumer les théories d'un penseur, qu'on considérait à tort ou à raison comme surannées. Une telle préocupation n'arrêta pas notre jeune docteur; en lui, le philosophe trouvait une certaine jouissance dans l'étude de l'œuvre de l'illustre professeur de Halle; il lut, la plume à la main, ses grands in-folios au latin rugueux, il s'appliqua à pénétrer, puis à s'assimiler ses principes et ce n'est qu'après ce long travail préalable qu'il se crut en mesure de les exposer.

On a dit des idées générales, envisagées au point de vue de leur évolution historique, qu'elles ont toutes été nécessaires, partant légitimes, parce qu'elles doivent être regardées comme des étapes successives sur la voie de la vérité. Ainsi considéré, le système de Stahl mérite, plus que tout autre, d'attirer l'attention de l'historien de la médecine, et nous devons savoir gré à Lasègue de nous l'avoir fait connaître, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui. Peut-être lui reprochera-t-on quelque faiblesse pour les doctrines qu'il analyse; ce qui n'est pas douteux, c'est que l'influence qu'elles ont exercée en médecine lui paraît beaucoup plus grande que ne le pensait Bichat en écrivant cette phrase si souvent citée : » Stahl sentit ce qui n'était pas le vrai; le vrai lui-même » lui échappa. » Lasègue ne pouvait accepter, après une si longue intimité avec le grand penseur allemand, qu'on réduisît son système à un office purement négatif ou critique. Bien plus, il ne s'est pas tenu quitte envers lui, en lui consacrant sa thèse. Vingt ans après, dans cette série de Conférences historiques faites par les agrégés de la faculté, il prit pour sujet : « L'école de Halle : Frédéric Hoffmann et Stahl. » Mais, quoi qu'il fasse pour tenir la balance égale entre les deux rivaux, c'est pour le dernier qu'il la fait pencher en définitive. Son discours est éloquent, entraînant, plein de mots heureux, d'aperçus élevés; et si on en juge ainsi à la lecture, peut-on être étonné qu'au grand amphithéâtre de l'École de médecine et avec les qualités oratoires du conférencier, il ait fini par provoquer les applaudissements d'auditeurs, pour la plupart adversaires systématiques de l'animisme ?

A la fin de sa thèse, Lasègue, rappelant ce qu'il avait dit

dans un travail antérieur, nous montre Stahl comme étant « le père de ce traitement moral de la folie, qui devait par la « suite compter tant de partisans et faire si peu de progrès ». Cette question du traitement moral de la folie, il eut l'occasion d'y revenir, dans cette même année 1846 où il soutint sa thèse, dans un article publié dans les *Annales médico-psychologiques* et intitulé : « Questions de thérapeutique mentale. »

Ces questions sont au nombre de deux : La théorie du traitement moral est-elle possible ? Quelles sont les principales méthodes de ce traitement ? Sur le premier point Lasègue répond par l'affirmative ; mais s'il entrevoit bien des difficultés, il s'illusionne moins encore sur les résultats. Il a beau chercher, à grand renfort de déductions psychologiques, les règles de ce genre de médication, indiquer les préceptes qui doivent servir de guide au médecin, qu'il emploie la méthode *raisonnante* ou la méthode *sentimentale* ; il semble n'avoir qu'une médiocre confiance dans ce procédé thérapeutique, au point qu'il s'écrie à un moment : « Il n'y a « de médecins actifs que ceux qui ont foi dans les ressour- « ces merveilleuses de la nature, et espèrent de la santé plus « qu'ils ne désespèrent de la maladie. » C'est, on le voit, l'expectation érigée en principe, et la médecine mentale devenant « une froide méditation sur la mort » intellectuelle, pour employer en le complétant le mot d'un ancien.

Le 4 janvier 1847, s'ouvrait à la Faculté de Paris un concours pour l'agrégation en médecine. Lasègue qui n'avait pas un an de doctorat, voulut mesurer ses forces et se fit inscrire ; il entra courageusement dans la lice et lutta sans désavantage avec des candidats plus âgés, et s'il ne fut pas parmi les vainqueurs, il montra de telles qualités d'exposition, une habileté de dialectique si consommée que personne — ni professeurs, ni concurrents, ni élèves, — ne mit en doute que l'heure de son succès était proche. La thèse qui lui échut avait pour sujet l'étude « des altérations du sang dans les maladies inflammatoires et dans les affections dites typhoïdes » : elle nous donne un résumé fidèle des célèbres recherches auxquelles Andral et Gavarret ont attaché leurs noms.

Le fléau qui, une première fois déjà, avait répandu la terreur sur toute l'Europe, venait d'y faire sa réapparition. Le choléra, après avoir ravagé l'Afghanistan, la Perse, l'A-

rabie, toute l'Asie Mineure, franchit le Caucase et porte la désolation dans les provinces méridionales de la Russie, pour envahir ensuite peu à peu tout l'Occident. Le gouvernement français envoie pour étudier la marche de l'épidémie le professeur Monneret, en Orient, les Drs Contour et Lasègue, en Russie. Lasègue, parcourant le midi de ce vaste empire, suit pas à pas la maladie, rassemble les documents les plus précis, et comparant ce qu'il avait observé à ce qui s'était passé dix-sept ans auparavant, il arrive à conclure que le choléra avait suivi une marche analogue durant ces deux invasions et que la mortalité avait été presque partout dans une égale proportion. Lorsque, sa mission terminée, il revient en France, il se garde bien d'écrire un de ces gros mémoires, riches d'impressions personnelles et de tableaux de statistique, que personne ne lit, il résume en cinq pages des *Archives générales de médecine* l'ensemble de ses renseignements et les conclusions qu'ils lui inspirent. « Comme nous voici loin du reporterisme moderne, dit à ce « propos un de ses biographes (1), et combien ce tout jeune « homme est déjà digne et grave en cette mémorable circons- « tance. »

Au milieu des préoccupations les plus sérieuses, la curiosité ne perd pas ses droits et elle est d'autant plus légitime qu'elle a un but scientifique. Lasègue, grâce à sa mission officielle, trouve ouvertes les portes de tous les établissements de bienfaisance; il en profite pour visiter les maisons d'aliénés, situées dans les provinces qu'il traverse. Elles lui paraissent toutes des modèles d'ordre et de tenue; la discipline y est parfaite. En peut-il être autrement, tout étant remis aux mains d'anciens sous-officiers ou soldats de l'armée, qui conservent leurs grades et leurs insignes ? Mais toute médaille a son revers, dit la sagesse des nations, et c'est le cas de le rappeler. La police d'un asile est d'autant plus facile que les agents secondaires y mettent plus de fermeté et que le médecin ne trouble pas la routine de leur zèle par des indications thérapeutiques. Cette double condition, discipline militaire et absence de traitement médical, qui est pour certaines personnes peu sympathiques à notre art l'idéal d'un établissement d'aliénés, était scrupuleusement

(1) Professeur Potain, Dsicours prononcé sur la tombe du professeur Lasègue au nom de l'Académie de médecine.

remplie en Russie lors du voyage de Lasègue. Les choses ont heureusement changé depuis, et si le régime de subordination sévère et exclusive y a un peu perdu, ce n'est certes pas au détriment d'un traitement plus méthodique et plus rationnel de la folie.

Quelques mois après son retour de Russie, Lasègue est nommé inspecteur général adjoint des établissements d'aliénés. Sous la direction de Ferrus et de Parchappe, il n'a pas de peine à se mettre au courant de ce nouveau service; mais les questions administratives, quelle que soit leur importance, ne devaient pas retenir longtemps cet esprit que la curiosité scientifique et le désir de la sastisfaire attiraient très vivement dans une voie opposée. Aussi deux ans à peine s'étaient écoulés qu'il échangea ses fonctions contre celle de médecin du dépôt des aliénés à la Préfecture de Police.

Dans cette nouvelle situation, qui eut toujours ses préférences, il put donner un libre cours à son goût pour l'observation clinique des maladies mentales. De ce petit cabinet de la Préfecture, par lequel passent les aliénés placés dans les asiles du département de la Seine, sortiront tous ces beaux travaux de pathologie, la partie la plus belle, la plus suggestive, de l'œuvre si riche et si variée de ce savant maître. Pendant plus de trente ans il a observé dans ce service les formes de folie les plus diverses, les aberrations mentales les plus bizarres, les déviations morales les plus extravagantes, et il en a fait profiter la science qui lui est redevable d'une série de découvertes qui ont contribué à élargir le cadre de notre spécialité.

De ces travaux le premier en date et non le moins important, est la courte monographie sur le délire de persécutions. Jusque-là les aliénés atteints de cette forme de folie étaient compris dans la classe des mélancoliques, ou bien encore on en faisait des monomanes; Lasègue, le premier, prouva que leur affection répond à un type morbide bien défini, à évolution bien caractérisée. Par une suite d'observations bien choisies, il nous met sous les yeux les symptômes les plus saillants de cette maladie; il nous montre qu'elle débute par une période d'incubation plus ou moins longue selon les individus, et dont le caractère principal est l'hésitation dans le choix des idées délirantes par lesquelles l'aliéné cherchera à s'expliquer les sensations pénibles qu'il éprouve et dont il souffre; qu'à cette première phase, sou-

vent très longue, succède celle de systématisation du délire, et que ce délire, loin d'être en rapport avec le caractère primitif du malade, ou avec les grandes passions qui agitent d'ordinaire l'humanité, telles que l'amour, la jalousie, etc., roule au contraire sur des faits en quelque sorte puérils, sur des *taquineries*, des *niaiseries*, des *misères*, pour employer le vocabulaire spécial du persécuté; que les faits réels à l'aide desquels il contruit tout l'édifice de son délire, sont remarquables par leur insignifiance, et se rapportent, non à des événements récents, mais à des incidents qui remontent dans le passé à une date souvent très éloignée; qu'à cette période d'illusions et d'interprétations délirantes, succèdent bientôt des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, qui constituent comme la caractéristique essentielle de cette forme de folie; enfin, il établit, que jamais, dans le délire de persécutions, l'hallucination de la vue ne vient s'ajouter à celles des autres sens, et que, si elle s'observe, il faut conclure soit à un délire toxique, soit à un délire hystérique, qui peut ou non coexister avec le précédent : tel est, résumé à grands traits, le type morbide créé et nettement délimité par Lasègue. Les résultats de l'observation ont nécessité quelques compléments au tableau ainsi tracé, mais rien n'en a été retranché; il reste dans son genre un chef-d'œuvre de fine analyse, où ne manquent même pas des aperçus généraux d'une grande profondeur sur la méthode dans l'étude des maladies mentales.

Avec un esprit tel que Lasègue, il n'y avait jamais de question fermée. Aussitôt un mémoire écrit et publié, s'il passait volontiers à un autre sujet, un fait jusqu'alors inconnu ou qui avait passé inaperçu, le hasard de l'observation le ramenait facilement en arrière. Il se repliait avec une certaine satisfaction sur les idées qu'il avait émises, les examinait à nouveau et à la lumière d'une expérience plus approfondie, les élargissait parfois et souvent aussi les modifiait, au risque de se faire accuser de contradiction; mais le progrès et la perfection ne sont-ils pas à ce prix?

La pratique de la médecine légale lui permit ainsi de donner un complément au délire de persécutions, tel qu'il l'avait primitivement conçu, et d'établir deux variétés distinctes de cette forme de folie. Que le persécuté attribue les souffrances qu'il endure, les émotions qu'il ressent, à

des causes occultes ou collectives; qu'il en accuse la police, les jésuites, les sociétés secrètes; qu'il se croie sous l'influence de la sorcellerie, de la physique, du magnétisme, de l'électricité, ou même du téléphone, cela est de règle et s'observe communément dans les asiles d'aliénés; mais il y a d'autres malades — et ceux-là sont trop souvent en liberté, pour le malheur de leur prochain — qui, eux aussi, se plaignent d'être persécutés, mais qui, loin de s'en prendre à une abstraction, ce qui est peu dangereux, accusent un individu bien déterminé de tout ce qui leur arrive; et alors ils concentrent sur lui toute leur haine, tous leurs sentiments de vengeance, ils ne cessent de le poursuivre de leurs plaintes, de leurs récriminations, de leurs obsessions et de leurs menaces, et souvent même finissent par se porter sur lui à des actes de violence. Dans ce cas, comme l'a si bien dit Lasègue, l'aliéné persécuté devient persécuteur.

Cette distinction clinique est sortie, en quelque sorte, des causes célèbres de notre époque; les affaires Sandon, Verger, Teulat, pour ne citer que les plus connues, ont exercé la pénétration du sagace observateur et l'ont conduit à établir un fait d'une réelle importance dans la pratique et qu'il serait désireux de voir plus généralement connu. Qui, en effet, en dehors des médecins, se doute du danger que peuvent faire courir à des êtres inoffensifs ces aliénés persécuteurs? Lasègue a manqué de devenir la victime de l'un d'eux. On se souvient de la brutale agression à laquelle il fut en butte, un matin en sortant de l'hôpital; c'était un malade qui se vengeait sur le « chef des agents aliénistes » des tourments qu'il subissait. Arrêté aussitôt et placé dans un asile, il ne tarde pas à se plaindre amèrement de séquestration arbitraire; sa famille même s'en mêlant, il se trouva des magistrats qui, se fiant à sa logique apparente, le firent mettre en liberté, sans attendre le rapport des experts commis et malgré l'avis du médecin traitant!

Trousseau avec qui Lasègue avait, depuis 1847, publié un grand nombre de travaux, voulut s'adjoindre son collaborateur d'une façon plus intime et le choisit, en 1852, pour son chef de clinique. Le choix était heureux, et le disciple devait montrer sous peu qu'il était justifié. Il était à peine entré en fonction qu'un nouveau concours d'agré-

gation s'ouvrit; après quatre mois de lutte, il en sortait vainqueur, laissant comme preuve de ses connaissances cliniques et de son talent d'exposition, cette thèse, restée classique, sur la paralysie générale progressive. Il y fait, de cette maladie, un tableau concis et saisissant, s'attachant particulièrement à la description minutieuse des symptômes et à l'étude raisonnée de sa marche, ajoutant aux faits déjà connus ceux que son observation personnelle, si perspicace, lui fournissait. Il considère cette affection comme un type morbide bien défini; c'est assez dire qu'il était partisan, avec Parchappe et la plupart des aliénistes de l'époque, de la théorie unitaire de la paralysie générale.

Depuis la publication de cette importante monographie, la science a marché et les idées de Lasègue ne sont pas restées stationnaires. En y regardant d'un peu plus près, on a reconnu que, parmi les faits qui rentrent dans cette maladie aux noms si multiples, il en est de disparates, que d'autres méritent d'y trouver place par certains de leurs symptômes, qu'en un mot il y a là tout un ensemble d'affections sœurs, mais offrant cependant quelques diversités, et qui ont besoin d'être soumises à un classement nouveau, plus en rapport avec les récentes acquisitions cliniques. Ce travail est à faire, et si le maître qui en a indiqué l'esprit, n'a pu le parachever, il a du moins laissé de précieuses indications à ceux qui voudront entrer dans la voie qu'il a tracée.

Pour lui, les diverses affections cérébrales chroniques qu'on réunit aujourd'hui sous le nom trop vague et trop compréhensif de paralysie générale, constituent un vaste *genre* de maladies; de là, la nécessité d'établir des types distincts qui présentent sans doute quelques symptômes communs, analogues à ceux qu'on a accoutumé d'observer dans la périencéphalite chronique des auteurs, mais qui en diffèrent profondément sous d'autres points de vue, par d'autres signes et en particulier par l'évolution morbide. Il ne faut donc plus, comme on l'a fait jusqu'ici, considérer cette affection comme une maladie unique, mais comme un *genre* comprenant des *espèces* pathologiques nombreuses et diverses. Dans les années qui suivirent la découverte de la paralysie générale, on ne s'appliquait, dans l'étude des faits, qu'à constater les ressemblances; l'opi

nion à laquelle arriva Lasègue vers la fin de sa vie, était tout opposée, il voulait qu'on s'occupât surtout des dissemblances. C'est dans cette recherche minutieuse des différentiations qu'il voit le progrès, et dans une série de leçons — véritable testament scientifique sur ce problème difficile de notre science — il indique la voie à suivre, montre les difficultés de la tâche, trace les premiers linéaments du travail à accomplir.

Agrégé en 1853, médecin des hôpitaux l'année suivante, Lasègue, professeur par nature, allait avoir bientôt à son usage deux chaires d'instruction médicale : l'une à l'École, l'autre à l'hôpital. En 1857, il supplée Andral dans un cours de pathologie et de thérapeutique générales. Le succès est très vif : les étudiants qui montraient plus que de l'indifférence pour cette partie abstraite de la médecine, accoururent en foule pour suivre l'enseignement du jeune maître, et grâce à cette parole éloquente, ils finirent par apprécier ce qu'ils avaient jusque-là dédaigné.

Un pareil résultat, en même temps que ses remarquables travaux sur la matière, désignaient Lasègue pour le cours supplémentaire sur les maladies mentales et nerveuses, qu'il s'agit d'établir à la Faculté de médecine. Là encore le concours fut immense, le succès dépassa toute attenteet, loin de se ralentir, ne fit qu'augmenter avec les années. On a bien souvent exprimé le regret que ces leçons n'aient pas été recueillies ; plus que bien d'autres, elles méritaient de l'être; le professeur y avait semé à pleines mains des vues larges, des aperçus ingénieux et des idées originales. Nous sommes convaincu que tout cela n'a pas été perdu, qu'il en est tombé quelque peu sur des terrains fertiles, et que le maître lui-même nous a conservé le reste dans ses écrits.

Lasègue avait sa place marquée à la Faculté, il ne fallait qu'une vacance; elle se fait attendre jusqu'en 1867. Il reçoit alors en partage la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, qu'il ne conserve que deux ans, pour devenir enfin professeur de clinique à cet hôpital de la Pitié, où il resta jusqu'à son dernier jour. Tous ses vœux maintenant sont comblés ; il peut désormais, sur un théâtre digne de ses talents, se livrer à l'éducation médicale de la jeunesse exciter chez ceux qui le choisissent pour guide « l'appétit de la recherche, l'habitude

» de l'observation consciencieuse, le sens des indications,
» et par-dessus tout le sentiment d'une charité affectueuse,
» mais impérieuse au besoin, parce qu'elle est respon-
» sable. »

Mais qu'il enseignât la pratique de son art, ou qu'il exposât les théories les plus élevées de la médecine, il était toujours un orateur incomparable, habile à changer sa manière selon les circonstances, tout en ne cessant pas d'être supérieur. Dans cet admirable éloge de Trousseau, que nous avons déjà cité et auquel nous ferons d'autres emprunts, Lasègue, après un tableau des qualités si brillantes du professeur, termine par l'aveu suivant : « Avec
» l'enseignant tout vit, après lui tout s'éteint; son œuvre
» est celle d'un prodigue, et même de son vivant l'idée
» qu'il vient d'émettre est à peine énoncée qu'elle appar-
» tient déjà et pour toujours au domaine public.

» Les acteurs, gens de passage comme nous, trouvent
» des critiques qui épuisent des trésors de sagacité à aviser
» et à décrire les moindres procédés de leur talent. On
» enseigne aux élèves les traditions de la scène curieuse-
» ment recueillies, on les discipline à l'exemple des plus
» illustres. C'est bien le moins qu'une fois par aventure,
» il soit permis de disserter sur les qualités d'un des maî-
» tres de notre enseignement, de celui qui fournirait aux
» jeunes professeurs le plus achevé des modèles. »

Lasègue, lui aussi, fut un de ces modèles et des plus achevés. Mais n'y a-t-il pas quelque témérité pour un profane, à vouloir « disserter » sur cette puissance oratoire, à soumettre à l'analyse ce talent de parole aux faces si multiples? Au risque d'échouer, il faut oser aborder ce côté si brillant de sa personnalité, et montrer la diversité des ressources qu'il trouvait dans son éloquence, selon qu'il enseignait dans le grand amphithéâtre de la Faculté, qu'il improvisait ses leçons cliniques à l'hôpital, ou qu'il causait au lit du malade.

Quelque habitude qu'il eût de parler devant le grand public, Lasègue n'était jamais sans une certaine appréhension quand il devait paraître devant lui. Mais ce sentiment vite refoulé, il prenait possession de lui-même. Après avoir jeté un regard rapide sur son auditoire, il commençait, à voix un peu basse, lentement et scandant chaque phrase, hésitant en quelque sorte sur ce qu'il allait dire; mais

bientôt, comme si le travail intérieur avait produit ce qui lui était demandé, la voix s'élevait, bien timbrée, et les périodes succédaient aux périodes, toutes admirablement cadencées et empreintes d'une rare élégance. Le discours se développait ainsi dans une brillante uniformité, qui était rompue de temps en temps par quelque saillie imprévue ou par quelque formule heureuse, qui allait se fixer dans la mémoire de l'auditeur comme le résumé d'une longue argumentation. L'esprit ne tardait pas à être captivé par ce style pur et correct, l'oreille surprise et charmée de ce rythme harmonieux. Avec cela pas un geste, pas un mouvement; souvent même les yeux étaient à demi fermés comme pour empêcher les impressions extérieures de détruire l'enchaînement des idées.

Comme Trousseau, « il savait user des hardiesses du » langage et ne reculait pas à propos devant la brutalité » de l'expression, frappant ainsi un coup décisif, mais le » frappant juste ». Il n'est presque point d'orateur qui n'ait une figure favorite qu'il emploie par préférence : la comparaison est la figure de Lasègue ; elle se montre chez lui à chaque instant, et toujours elle est ingénieuse. Qui n'a présente à l'esprit celle qu'il trouva pour bien distinguer les diverses aberrations sensorielles dans la folie? « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à » la calomnie. » Et cette autre, qui permet de diagnostiquer la nature de deux états morbides : « La dipsomanie » est à l'alcoolisme ce que l'épilepsie est à l'hystérie. » Combien il serait facile d'en citer encore ; mais il faut savoir se borner.

Cette éloquence, plus faite de séduction et de dialectique que de véhémence et d'impétuosité, savait trouver à l'occasion des accents d'un émotion contenue ; par la probité unie à une grande force de persuasion, elle arrivait souvent à des résultats merveilleux, parfois inattendus. La carrière oratoire de Lasègue en fournit plusieurs exemples.

C'était vers la fin de l'Empire. La jeunesse de l'Ecole était en pleine effervescence ; elle donnait une leçon au doyen de la Faculté qui, pour complaire au pouvoir, se serait permis de faire séquestrer dans un asile d'aliénés l'avocat Sandon, cette soi-disant victime de l'arbitraire ministériel. Sans hésitation et n'écoutant que son devoir

Lasègue ose affronter l'orage ; à son premier cours, il prend pour thème la folie raisonnante, et pour exemple le plus probant le fait de Sandon ; il est insinuant, incisif, mordant même, et terminant comme par un coup de théâtre, il affirme que l'initiative de la séquestration de ce malade lui est due à lui-même et non à M. Tardieu. Les jeunes gens, surpris d'un tel aveu, mais encore plus saisis d'admiration pour le courage généreux de leur maître, lui font une ovation enthousiaste.

Peu d'années après, en 1869, le conseil des professeurs charge Lasègue de prononcer, en séance solennelle, l'éloge de Trousseau. Le grand clinicien ne pouvait désirer meilleur panégyriste, et l'on peut dire que « le succès déborda l'attente ». Dès l'exorde, l'auditoire est captivé, et l'émotion bien grande, lorsque l'orateur, se frappant la poitrine, s'écrie : « Sous cette robe qu'il me léguait en mourant » comme un témoignage de son insatiable amitié, il me » semble, ainsi que disait Montaigne, que je suis revêtu » de son souvenir, et qu'une fois encore, il lui est donné » de revivre et de me soutenir de son encouragement » affectueux. » Est-il nécessaire d'analyser ici ce morceau achevé de littérature? Il n'est personne d'entre vous, Messieurs, qui ne l'ait présent à l'esprit, et tous ceux qui l'ont lu voudront le relire. On n'y trouve pas une phrase, pas une ligne, qui ne respire la plus profonde et la plus sincère admiration, l'attachement le plus vif et le plus dévoué. Qui ne serait touché à la lecture des pages sur la maladie et la mort de Trousseau? Et l'on comprend que les applaudissements unanimes, s'adressant à la fois au maître et au disciple, éclatèrent, lorsque Lasègue, réprimant avec peine son émotion, termina par ces paroles touchantes : « Pour moi, pardon si je m'oublie à ces réminiscences dont » vous m'en voudriez de me défendre, il me semble que » je lui dis adieu pour la seconde, hélas ! pour la dernière » fois. Son souvenir se détache de ma pensée, comme s'il » ne m'appartenait plus, pour devenir le vôtre. Je vous le » lègue, afin qu'il fructifie. »

Après de tels succès oratoires, est-il bien utile d'en rappeler d'autres, non moins brillants? Est-il nécessaire de s'étendre longuement sur celui que lui valut sa plaidoirie médicale dans l'affaire Teulat, où magistrats, public et avocats, restèrent pendant près d'une heure comme sus-

pendus à ses lèvres et ne purent que difficilement retenir et comprimer l'explosion de leur étonnement? Mais d'autres soins nous appellent, et d'autres qualités aussi, moins brillantes sans doute, mais auxquelles Lasègue attachait plus de prix, parce qu'elles permettaient au professeur une plus grande intimité avec l'esprit de l'élève. Aussi, en bon enseignant, il préférait au discours d'apparat la conférence clinique. Prenant pour sujet l'histoire d'un malade du service ou d'une série de malades dont l'affection présentait quelques analogies, il se livrait à une improvisation à la fois familière et spirituelle; alors, plus de ces échappées de grande éloquence, mais des assertions précises, prenant souvent la forme aphoristique, des faits concluants, exposés avec une concision savante, des conseils pratiques, toujours déduits d'une façon mathématique. On s'en allait charmé, emportant avec soi des idées qui ne demandaient qu'à germer.

Mais où il excellait, c'est dans la causerie dans la salle même de l'hôpital: adossé contre une colonne ou assis même sur le lit d'un malade, il se laissait aller à toute sa verve naturelle, se dépensant en gestes, en saillies, ne reculant pas devant un certain réalisme pour mieux se faire comprendre. C'était sa joie de penser ainsi tout haut, de donner le meilleur de lui-même; mais c'était aussi le bonheur de ceux qui l'écoutaient; ils adoraient ce genre d'enseignement, qui les mettait en quelque sorte dans l'intimité du maître.

Si ces entretiens familiers, à la mode de Socrate, lui paraissaient le procédé le meilleur et le plus sûr pour éveiller l'esprit de ceux qui l'entouraient, il savait en faire un usage merveilleux pour sonder les intelligences : personne mieux que lui ne connaissait cet art de tourner et de retourner un esprit, de l'examiner à fond, heureux quand il pouvait en faire jaillir une lueur d'originalité, ou y découvrir quelque disposition cachée. Semblable au maître de Platon, il aimait ce rôle d'accoucheur des idées, il le remplissait avec une rare perspicacité et parfois aussi avec une ténacité peu commune, n'abandonnant l'intelligence qu'il explorait ainsi qu'après avoir «amené à la lumière « le fruit qu'elle portait dans son sein ».

Cette puissance d'observation et cette patience qu'il mettait à pénétrer les hommes lui étaient surtout d'un

grand secours dans l'étude des aliénés. Il fallait le voir à l'œuvre dans son service de la Préfecture de police : rien ne lui coûtait pour arracher au malade l'aveu de ses conceptions délirantes ; tour à tour pressant, suppliant, ironique, bienveillant, caressant même, laissant au patient la libre expression de ses idées ou bien lui posant questions sur questions, il ne se lassait que lorsqu'il était sûr d'avoir obtenu tout ce qu'il pouvait obtenir.

Ce mode d'investigation, fait de patience et de pénétration, lui était surtout d'une grande utilité dans les expertises médico-légales. Pour se faire une opinion précise, scientifique, sur un accusé soupçonné de folie, il n'épargnait rien, ni son temps, ni la peine, ni les recherches les plus minutieuses. S'agissait-il d'un individu qu'à certains indices on pouvait prendre pour un simulateur, il se piquait au jeu, en quelque sorte, et rien ne lui coûtait pour démasquer le prétendu aliéné : il a donné de cette obstination, de cette opiniâtreté, un exemple mémorable.

On avait arrêté un jour, je ne sais pour quel méfait, un jeune homme, d'aspect frêle, à constitution presque féminine. Son existence, d'après son récit, tenait du roman. Elevé à Paris, où il avait commencé son droit, il était parti à un moment donné pour les Indes, où Sidi-Saël l'avait adopté. Mêlé aux luttes politiques du pays, il se vit un jour transporté en Angleterre; il prétendait avoir d'importantes communications à faire, des secrets d'Etat qu'il ne pouvait révéler qu'à la France. Il s'étendait avec une certaine satisfaction sur l'histoire de ses pérégrinations et de ses aventures; c'était une odyssée curieuse, digne de l'imagination du plus fécond romancier. Pendant près de sept ans ce prétendu Sidi-Saël mit la police sur les dents; les plus fins limiers avaient été mis en campagne, ils ne purent rien découvrir. Avait-on affaire à un imposteur, à un fou, ou à un criminel ? Impossible de poser un diagnostic précis. L'affaire allait être classée, pour employer le langage du parquet, lorsqu'elle revint aux mains de Lasègue. Il voulut en avoir le cœur net, et voici comment il procéda pour connaître la vérité. Après avoir capté la confiance de Sidi-Saël, il se fit raconter par lui toute son histoire et l'écrivit sous sa dictée; quelques mois après, lui exprimant le regret d'avoir perdu son manuscrit, il le pria de lui refaire son récit. Les deux copies comparées, il se trouva que la

seconde édition différait sensiblement de la première. La clef de l'énigme était trouvée. Lasègue était trop bon observateur pour ignorer que les aliénés, comme les enfants, ne modifient pas les histoires qu'ils ont forgées, il n'hésita donc pas à conclure que son Sidi-Saël n'était qu'un simulateur, il n'eut pas de peine à le convaincre de son imposture et à lui arracher le secret de son existence. Il apprit ainsi de lui qu'il était frère d'un honorable commerçant de Paris, dans la maison duquel il était employé, qu'un jour il disparut, emportant cent francs, et que depuis lors il avait erré partout.

Le soin et la probité qu'il apportait ainsi dans ses expertises, avaient acquis à Lasègue une haute autorité dans les questions médico-légales. Comme l'a si bien dit un de ses collaborateurs en ces délicates matières (1), cette autorité, « il ne la devait pas moins à l'indépendance reconnue de son » caractère qu'à son grand savoir. Il jugeait les choses de » haut, avec une précision, une netteté qui portaient la » conviction avec elles. Ennemi de tout ce qui n'était pas » la question elle-même, il ne permettait pas qu'on s'égarât » dans les discussions psychologiques et sentimentales. Il » voulait que le fait soumis à l'examen fût étudié comme » un fait clinique, et il prétendait avec raison que l'opinion » du médecin expert doit reposer toujours sur une donnée » scientifique. Ses rapports concis, sous une forme parfois » aphoristique, disaient tout ce qu'il fallait dire, et rien » de plus. Ils ne laissaient pas de prise à l'argumentation » de la défense, et si quelquefois elle se produisait, il avait » de ces réponses qui désarmaient la réplique; un mot, » une phrase lui suffisaient pour ramener le débat sur son » véritable terrain, et son jugement avait un poids si » grand, que plus d'une fois, après sa déposition, le ministère public abandonna l'accusation, conseillant au jury » de s'en rapporter à l'appréciation du savant. »

Les principes qui le guidaient dans ses expertises, il les résuma en un court mémoire sur *la responsabilité légale des aliénés*. Il se garde de toucher à ces énormes questions du libre arbitre ou de la liberté humaine, et se refuse à

(1) A. Motet. Notice sur le professeur Lasègue lue à la séance du 9 avril 1883 de la Société médico-psychologique, *in Annales médico-psychologiques*, n° de mai 1883.

« s'engager dans les voies interdites à une recherche pure» ment médicale, si difficile qu'il soit », ajoute-t-il, « de » détourner la vue de ces horizons qui vous troublent, » mais qui vous attirent. » La question est suffisamment compliquée, sans qu'il soit besoin de faire appel à la métaphysique. Au point de vue légal, l'aliéné est celui qui délire, qui commet un acte réputé délictueux ou criminel sous l'influence d'une conception maladive; pour le médecin au contraire, « la folie n'est pas née le jour où elle a » été acquise au diagnostic de l'expert », elle doit être recherchée plus loin, car elle est le fait d'une lente et longue évolution. C'est à cette étude de la genèse et du développement des maladies mentales que Lasègue convie les cliniciens. Toutes ces impulsions instinctives, irrésistibles, qu'on a cataloguées avec tant de soin, n'ont pas la spontanéité qu'on leur a accordée, elles sont déterminées par une état morbide de date souvent ancienne et dont il est important de constituer les éléments.

A l'appui de ces principes que personne ne met plus en doute, il produit une série d'exemples curieux, puisés dans une pratique déjà longue : il s'agit d'individus qui, avant que le délire devînt assez manifeste pour nécessiter l'intervention médicale, avaient tous subi un nombre plus ou moins grand de condamnations; les prodromes de la folie s'appelaient dans ces cas la débauche, la paresse, les instincts pervers et les vices. « De deux choses l'une, se de» mande Lasègue : ou l'aliénation est alors la conséquence » finale des dépravations prolongées, ou c'est elle qui » s'essayait, pour ainsi dire, sous une forme larvée. C'est » là qu'est le vif de la question : quand a débuté la folie, » quand a fini la responsabilité? »

Question délicate, en effet, le plus souvent difficile, parfois même impossible à résoudre! Que de fois Lasègue a dû se la poser dans sa longue carrière de médecin légiste! Que de documents précieux il a rassemblés et qui mériteraient de voir le jour! Car de cette partie de son œuvre nous ne possédons que des fragments, dont l'importance, il est vrai, fait regretter le reste. Qui ne connaît ces mémoires d'une analyse psychologique si fine, d'un sens clinique si profond, qui ont pour titres : « *Les exhibitionnistes*, *Le vol aux étalages*, *Les délires par accès?* » N'est-ce pas dans ce dernier que se trouvent les premiers linéa-

ments de sa théorie sur les *cérébraux* à laquelle son nom se trouve si intimement attaché. Mais avant d'arriver à cette dernière création de l'esprit ingénieux et inventif de Lasègue, il faut nous arrêter à quelques-unes de ses productions, dont la plupart sont à bon droit considérées comme d'importantes découvertes dans le champ de la clinique.

L'alcoolisme, ce mal si commun de nos jours, a été étudié sous sa forme chronique par le médecin suédois Magnus Huss. Dès son apparition, Lasègue fait connaître ce savant travail au public français : dans cette courte mais substantielle analyse, il trouve le moyen de tracer en quelques pages le diagnostic différentiel entre cette intoxication chronique et la paralysie générale, s'attachant surtout aux symptômes intellectuels. Quelques années après, en 1860, à propos d'intéressantes publications françaises et étrangères, il donne une description rapide de l'alcoolisme aigu. Entre ces deux états extrêmes, il va introduire une forme clinique nouvelle, en quelque sorte intermédiaire, l'état subaigu.

Cet alcoolisme subaigu est constitué, dans ses éléments principaux, par un délire assez particulier pour qu'à lui seul il permette d'affirmer la nature de la maladie, par un tremblement également caractéristique, par l'insomnie et par des malaises digestifs plus ou moins accusés. C'est à l'analyse des troubles intellectuels que Lasègue consacre la plus grande partie de sa monographie. Il nous montre le malade éprouvant le besoin de se figurer en mouvement les objets imaginaires avec lesquels sa fantaisie le met en contact, vivifiant pour ainsi dire chacune de ses perceptions illusoires ou de ses conceptions et les rattachant à des hommes, à des femmes, à des enfants, à des animaux, en un mot à des êtres doués de vie, il nous peint ensuite cet alcoolique, aux impressions si mouvantes, agisssant conformément à son délire, ne restant pas contemplatif devant les hallucinations qui l'assiègent et cherchant à se préserver des visions dont il est le jouet, à discuter avec les voix qui l'inquiètent; il nous le représente enfin, au milieu des hostilités et des persécutions incessantes, s'efforçant de s'y soustraire par le suicide et y arrivant le plus souvent. Chemin faisant, il nous indique la différence qui existe entre cette espèce de mélancolie alcoolique et le dé-

lire de persécutions proprement dit, et en dehors de l'hallucination de la vue qu'il ne reconnaît qu'à la première de ces formes, il la trouve surtout dans la nature du délire. L'aliéné persécuté vit poursuivi par les idées tristes, mais exempt de terreur. Chacune des idées ou des imaginations qui le tourmentent est déjà passée à l'état de fait accompli. Les inquiétudes sont rétrospectives ; il n'attend pas, il se rappelle ou il éprouve le mal dont il se plaint. L'alcoolisé, au contraire, est sans cesse menacé, terrifié, tremblant; il vit dans des transes continuelles, se trouve sous le coup de menaces constantes dont il attend les effets. Lasègue compare avec raison ce malheureux à un prévenu, tandis que le persécuté serait le condamné.

Mais il en est de l'alcoolisme comme de bien d'autres problèmes scientifiques; quelles que soient les solutions apportées, il reste toujours quelque chose à faire, quelque point de vue nouveau à découvrir. Il suffit pour cela de savoir observer, et surtout d'apporter dans ses recherches cet esprit pénétrant et perspicace que Lasègue possédait à un si haut degré, et dont il donne une preuve nouvelle dans ce curieux travail qu'il intitule : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve. »

Il fut un temps où l'on s'intéressait vivement à cette question de l'analogie du rêve et de la folie; philosophes et aliénistes l'ont fouillée dans tous les sens; Lasègue a su la renouveler en la précisant et en la limitant. Après avoir indiqué les caractères les plus saillants du rêve normal, il les compare aux symptômes du délire alcoolique. Il nous montre d'abord celui-ci succédant toujours à une période délirante nocturne et n'étant qu'une sorte d'épanouissement de songes pathologiques, au point que les divagations du malade éveillé ne sont que la continuation des idées écloses pendant le rêve. Puis, étendant son sujet, il recherche les rapports que ce même délire alcoolique entretient avec le rêve, tel que celui-ci se comporte en dehors de toute atteinte d'alcoolisme. Dans l'un comme dans l'autre état, ne s'observent que des hallucinations visuelles : l'ouïe se trouve-t-elle en jeu, elle ne fournit que des impressions vagues, confuses, qui ne se dégagent pas avec la netteté des visions. Semblable à tout rêveur, l'alcoolique est en mouvement incessant, physique et moral, pendant la crise. « Ses récits sont longs, mais

» composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des » faits et pas de réflexions, encore moins d'étonnement » et de critique. Ce qui se passe, se passe et voilà tout; » pas même une récrimination, une menace contre les » persécuteurs dans les formes où cependant l'idée de la » persécution domine. Il les a réduits à rien, dénoncés, » fait condamner à des peines qu'il spécifie; il les a jetés » à l'eau, assassinés à coups de revolver : autant de faits » accomplis qui n'impliquent même pas la notion du len- » demain. N'en est-il pas ainsi pour le rêveur? » Enfin, dernier caractère commun très saisissant, c'est que le délire alcoolique, comme le rêve, peut se suspendre momentanément sous l'influence de secousses ou d'objurgations excitantes.

A ce chapitre intéressant de l'histoire encore si imparfaite des sommeils pathologiques, on ne saurait refuser un grand mérite, celui de l'ingéniosité de la pensée et de l'originalité des vues. Qualités semblables se trouvent dans un des derniers travaux de Lasègue, qui termine la série que nous étudions, celui qu'il a consacré à l'étude comparée de la dipsomanie et de l'alcoolisme. De ces deux états morbides, il fait ressortir les dissemblances, existant à la fois dans la genèse, dans la marche et même dans la terminaison. On a critiqué certaines assertions de ce travail, on a crié au paradoxe; nous sommes convaincu qu'on s'est trop hâté de s'émouvoir, que le paradoxe est plus dans la forme que dans le fond, que si certaines idées émises dans cet article paraissent contraires à l'opinion commune, elles ne sont pas si contraires à la réalité qu'on l'a cru au premier abord.

La base de l'éducation et, l'on pourrait dire, de toute puissance spirituelle, est l'action d'une intelligence sur une autre. N'est-il pas curieux de voir cette action, si puissante et si indispensable dans le monde social, s'observer aussi dans le domaine de la folie? Ce fait, déjà mis en lumière par d'autres observateurs, a été plus systématiquement étudié par Lasègue qui s'est adjoint, comme collaborateur pour ces recherches, notre savant collègue M. Jules Falret.

Que la folie se communique d'un individu à un autre, cela ne laisse aucun doute et ne peut être sujet à discussion. Pour le clinicien ce qu'il importe de rechercher, ce

sont les conditions spéciales, exceptionnelles même, dans lesquelles cette sorte de contagion se produit. Les faits nous apprennent que l'aliéné qui représente l'élément actif, dans les cas de folie à deux, celui qui crée le délire et l'impose progressivement au second, c'est-à-dire à l'élément passif, est toujours plus intelligent que celui-ci. Ce dernier réagit d'abord, mais peu à peu il prêtera une oreille plus attentive et finira enfin par subir la pression de son congénère; il résistera d'autant moins longtemps que les idées délirantes qu'on veut lui faire partager ont un certain caractère de vraisemblance et qu'elles lui sont répétées tous les jours et à toute heure, grâce à une cohabitation constante avec celui qui en est l'inventeur.

Est-il nécessaire de rappeler les conséquenses thérapeutiques et médico-légales qu'il faut tirer d'une pareille étude? Les auteurs de ce remarquable travail sur *la Folie à deux* n'ont pas manqué de les faire ressortir et il n'est aucun praticien qui, à l'occasion, ne sache s'en souvenir.

C'est surtout durant les dix dernières années de son existence si bien remplie que se sont accumulées les principales publications de Lasègue sur la médecine mentale. A côté des mémoires déjà cités, il faut placer ceux non moins importants, sur la *Mélancolie perplexe*, sur le *Vertige mental*, sur les *Cérébraux*, sur les *Malformations crâniennes dans l'épilepsie*. Quel que soit l'intérêt très vif que présentent tous ces travaux, et bien d'autres que nous sommes obligé de passer sous silence, nous ne nous arrêterons cependant encore qu'aux deux derniers qui, par les déductions doctrinales auxquelles ils conduisent, par les objections qu'ils ont soulevées, se sont plus spécialement imposés à l'attention du monde médical.

Les *cérébraux*! Depuis que Lasègue a lancé ce terme dans la circulation, il a fait fortune : médecins et gens du monde s'en servent et il n'est pas de jour où l'on n'entende répéter ces phrases: « Un tel est un cérébral », ou même : « Un tel se cérébralise. » Qu'on sache exactement ce qu'on veut dire par là, je ne m'en porterai pas garant. Ce qui est certain, c'est que ce mot couvre toute une théorie, frappante par sa simplicité et importante par ses applications.

Il existe un certain nombre d'individus qui, à partir d'un moment donné de leur existence, présentent de loin en loin

des crises subites, transitoires, à marche irrégulière : ce sont au point de vue de la symptomatologie physique, des maux de tête assez fréquents, revenant par courts accès à des périodes indéterminées, des malaises généraux, des étourdissements sans perte de connaissance, des vertiges analogues au vertige épileptique; ce sont, dans le domaine de l'intelligence et de l'activité, des phénomènes délirants impulsifs et instantanés, des actes qui étonnent par leur étrangeté ou épouvantent par leur sauvagerie. Ces individus sont des cérébraux; un jour, ils ont été frappés d'une lésion traumatique ou spontanée du cerveau et, à partir de cet instant, ils ont, pour employer la pittoresque expression de Lasègue, perdu leur *virginité cérébrale*, et les voilà fatalement voués à cette sorte de diathèse morbide dont nous venons d'indiquer les effets. Que de ressemblance entre ces cérébraux et les héréditaires de Morel! Lasègue en fut frappé et n'hésitait pas à les confondre, les uns et les autres, dans un même groupe : si ces derniers héritent leur tare cérébrale de leurs ascendants, les cérébraux héritent en quelque sorte d'eux-mêmes.

Cette recherche d'un substratum anatomique à des troubles intellectuels qu'on s'était habitué à mettre sur le compte de vésanies, avait eu pour prélude ces études sur la pathogénie de l'épilepsie, cette partie la plus controversée de l'œuvre du maître. Dans ce groupe si compréhensif de malades atteints de cette terrible affection, il fait deux parts : l'une comprend tous ceux qui ne souffrent que d'accidents épileptiformes, qu'ils soient dus à l'intoxication alcoolique, à la syphilis, ou à une compression accidentelle du cerveau; dans l'autre rentrent tous les épileptiques vrais, corrects, comme il les appelle. Ceux-ci sont des incurables, des infirmes plutôt que des malades; et cette infirmité est pour lui l'expression d'une asymétrie de la face, à laquelle correspond celle de la base du crâne.

Lasègue attachait le plus haut prix à cette découverte; elle ne lui paraissait pas discutable, il avait réponse à toutes les objections, critiquant surtout avec une verve impitoyable la genèse de l'épilepsie par les causes morales.

Ces recherches lui en suscitèrent d'autres, non moins intéressantes. Morel, comme l'on sait, avait étudié et décrit avec le plus grand soin les conformations vicieuses des parties molles de la face et du crâne chez les dégénérés; cette

étude, quelque importante qu'elle soit, paraissait à Lasègue insuffisante. Il voulait qu'on s'attachât en même temps aux déformations osseuses et de la face et de la boîte crânienne ainsi qu'aux défectuosités des parties molles de ces régions. Il avait sur ce sujet réuni un grand nombre de documents, et nous devons regretter qu'il n'ait pu écrire le travail qu'il méditait sur le *strabisme de la face.*

Après l'analyse, la synthèse. Il ne suffit pas d'avoir suivi étape par étape une grande intelligence en son développement; arrivé au terme du voyage, il est indispensable de jeter un regard en arrière, d'embrasser d'un coup d'œil d'ensemble le chemin parcouru, et de résumer les impressions recueillies. L'existence intellectuelle de Lasègue n'offre pas cette unité, rêvée peut-être par certains philosophes, mais qui ne saurait être le lot d'hommes voués aux sciences d'observation; chaque jour, des faits nouveaux ne viennent-ils pas modifier les théories de la veille? Et cela n'est-il pas vrai surtout d'une science en voie d'incessante évolution, comme l'aliénation mentale?

Lorsque, jeune encore mais déjà rompu aux controverses philosophiques, Lasègue se rendit à la Salpêtrière, c'était moins pour y étudier des maladies que pour chercher dans l'étude des déviations psychiques des éclaircissements à la psychologie normale. Il ne tarda pas longtemps à se rendre compte de la difficulté du problème, tel qu'il se l'était posé; bien plus, il reconnut l'inanité des recherches auxquelles il s'était jusqu'alors livré et changeant de passion, il abandonna la philosophie pour la médecine. Ce qui lui permit de dire plus tard : « Renégat de la philosophie, j'ai pour la méde- » cine clinique toute l'ardeur d'un néophyte. » En pathologie mentale, il se rallia alors à l'opinion commune; avec ses maîtres il admit deux espèces de folie : l'une à genèse psychologique, tel le chagrin de la perte d'une personne aimée se transformant en mélancolie; la seconde d'origine cérébrale ou somatique, dont la paralysie générale fournit l'exemple le plus frappant. L'observation et la réflexion aidant, il finit par repousser cette dichotomie et arriva à cette conclusion, que toutes les folies, même celles dont la pathogénie psychologique semble la plus évidente, ont un début cérébral, qu'il s'agisse d'un ictus ou d'un vertige. « Remontez dans les antécédants du malade, aimait-il à répéter, et si vous cherchez bien, il est impossible que vous

ne trouviez pas cet ictus, qui a détruit à un moment donné l'équilibre mental : c'est comme un carreau qui s'est brisé et dans lequel s'est engouffré le vent de la folie. A partir de ce moment le cerveau ressemble à un piano dont on aurait enlevé certaines touches et qui ne rend plus que des accords imparfaits ou discordants. »

Ainsi, la vie scientifique de Lasègue, en ce qui concerne la médecine mentale, présente trois phases bien distinctes : la première, uniquement consacrée aux recherches psychologiques, à laquelle succède une période que j'appellerai volontiers éclectique ; enfin la dernière où les idées somatiques l'emportèrent à l'exclusion de toute autre.

Lasègue, résumant un jour sous une forme mystique, empruntée à l'Evangile, l'antagonisme des deux écoles médicales qui se sont longtemps disputé la prééminence, s'écriait : « Le vitalisme, c'est Marie assise aux pieds du » Seigneur, absorbée, étrangère au reste du monde ; le ma» térialisme, c'est Marthe, qui reste dans la vie réelle, et » pourvoit aux soins de la maison. » Dans l'esprit du savant maître s'est livré un combat prolongé entre ces deux tendances contraires, mais le somatisme a fini par prévaloir sur la psychologie pure : Marthe a vaincu Marie.

Comme beaucoup d'hommes éminents, Lasègue avait sa manière particulière de travailler, et elle ne manquait pas d'une certaine originalité. Nous avons dit le soin et la persévérance qu'il mettait dans l'examen des malades ; quand il avait terminé, il prenait quelques notes rapides, qu'il jetait négligemment dans un tiroir ; mais elles n'y restaient pas oubliées, il savait les retrouver lorsque les hasards de la clinique lui fournissaient des documents semblables. Une fois le thème de ses méditations trouvé, il n'imitait pas Descartes, s'enfermant seul dans un poêle, pour avoir tout le loisir de s'entretenir de ses pensées, il recherchait au contraire le bruit et le mouvement. C'est quand il était mêlé à la foule, ou qu'il se trouvait dans les voitures publiques, que son esprit semblait le plus apte à combiner tous les détails d'un article, à lui donner sa forme, à le mener au degré de perfection voulu. Il ne s'agit plus que de l'écrire : l'auteur, faisant appel à sa mémoire si fidèle, voit alors les pensées, que dis-je ? les phrases toutes faites, se succéder au bout de sa plume, sans la moindre hésitation, l'esprit dictant ce qu'il a longuement élaboré. Cette

dernière phase du travail, pas plus que la précédente, ne réclamait la solitude; toutes ces monographies au style si brillant, si condensé, étaient écrites non dans le silence du cabinet, mais au milieu des réunions de famille, au bruit des conversations auxquelles l'écrivain lui-même prenait part. Quelle puissance de concentration, quelle étendue de mémoire, quelle étonnante facilité d'expression ne suppose pas une telle manière de travailler!

Nous avons successivement étudié en Lasègue le philosophe, l'écrivain, l'orateur, le clinicien, et partout nous l'avons trouvé supérieur; si nous considérons en lui l'homme, nous devons dire qu'il fut excellent. Comme toutes les âmes élevées, il aimait par-dessus tout la vie de famille; il goûtait très vivement cette douce intimité dont sa femme et ses enfants qui l'adoraient se plaisaient à l'envi à augmenter le charme si pénétrant. Tous ceux — et ils sont nombreux — qui ont eu le bonheur d'y être admis, en ont conservé le plus agréable souvenir. Qui était venu une première fois, désirait revenir, attiré qu'il était par cet accueil cordial, par cette aimable gaieté, qui étaient comme l'enchantement de ces réunions. Ce qu'on remarquait surtout, et non sans satisfaction, c'était la simplicité, l'absence de faste; rien de ce luxe d'un goût douteux, qu'on croit nécessaire et qui n'ajoute rien au bonheur. C'est dans ce milieu qu'il fallait voir Lasègue; le maître faisait place à l'ami, il était tout à tous; pour faire diversion aux préoccupations sérieuses, il donnait libre cours à sa verve débordante : ainsi le repos du penseur faisait la joie de ceux qui l'écoutaient.

On n'approchait jamais Lasègue pour la première fois sans une certaine appréhension; on redoutait son esprit caustique, on craignait de se livrer. Mais pour peu qu'on sût lui plaire, il trouvait le moyen de vous mettre à l'aise et l'on ne tardait pas à trouver sous ce voile de scepticisme railleur dont on se plaisait à l'entourer, un fond inépuisable de bienveillance, un cœur aux délicatesses infinies. De l'esprit, certes il en avait beaucoup et du plus fin; il lui échappait parfois des traits un peu vifs, mais ils n'étaient pas sitôt partis qu'il les regrettait; il mettait même tant de bonne grâce à panser la blessure qu'il avait pu faire, qu'il était impossible de lui en vouloir.

Sa bonté était extrême : avec une libéralité sans égale, il prodiguait les trésors de sa vaste intelligence, il se gardait

bien de tenir fermée sa main pleine de vérités; à qui s'adressait à lui avec confiance, il ne mesurait pas le temps, donnait les conseils les plus sages et savait même, s'il vous en jugeait digne, user de son influence qui était grande. Il était en son pouvoir de faire du bien, et il en faisait sans compter. Le nombre de ceux à qui il a rendu service est incalculable ; il portait dans sa bienfaisance une telle discrétion qu'il en rehaussait encore le prix. Comme toutes les natures dévouées, il souffrait de l'ingratitude de ceux qu'il avait obligés, mais il ne se corrigeait pas, se répétant sans doute après Sénèque : « Quel mérite y aurait-il à être bien-« faisant, si l'on n'était jamais trompé? »

Lasègue était scrupuleux observateur de ses devoirs; il était sévère pour lui-même, et s'il paraissait l'être pour les autres, il était cependant trop bienveillant et connaissait trop les hommes, pour ne pas trouver au fond du cœur des motifs sérieux d'indulgence, et excuser certains manquements et même certaines fautes. Est-ce à dire qu'il y avait de sa part suprême insouciance? Non, car s'il était des fautes pour lesquelles il avait des paroles amères et qu'il pardonnait difficilement, c'était celles qui portaient atteinte à l'honorabilité professionnelle. « Personne n'était « plus jaloux que lui de notre dignité, personne n'avait le « sentiment plus élevé que lui du respect qui lui est dû. » En plusieurs circonstances, il sut défendre nos prérogatives avec une chaleur et même avec un emportement, qui ne lui étaient pas habituels; mais le soin qu'il en avait ne lui faisait pas perdre de vue la difficulté de la tâche qui nous incombe, et il imposait des limites à notre orgueil, lorsqu'il disait: « L'indépendance et l'humilité, voilà d'abord les » pierres de touche du médecin. L'indépendance, parce » que responsable devant sa conscience, il n'a, en dehors » de ses pairs et de lui-même, à attendre de personne un » conseil, un appui, encore moins à subir un ordre. L'humi-» lité, parce que la tâche est pesante et que la lutte qu'il » soutient excède incessamment les forces de son zèle. »

Lasègue était d'une constitution robuste, et tous ceux qui l'aimaient, se fiant aux lois de l'hérédité, lui prédisaient la belle et verte vieillesse de sa vénérable mère. Hélas ! il n'en fut rien. La maladie qui avait déjà enlevé deux maîtres éminents de la Faculté, Béhier et Tardieu, qui devait emporter aussi l'illustre professeur Wurtz, le diabète, s'in-

sinua doucement dans cette organisation si vigoureusement trempée. Une lassitude générale s'empara de lui et il ne fallut pas moins que son indomptable force de volonté pour réagir contre le mal physique et faire face à toutes ses obligations. Il se disposait cependant à prendre sa retraite, lorsqu'il fut appelé à présider le concours pour l'agrégation en médecine ; il accepta avec joie cette honneur qu'il considéra comme le couronnement de sa carrière professorale. Malgré les progrès rapides de la maladie, malgré les souffrances les plus vives, il ne manifesta aucune impatience durant cette longue série d'épreuves. Jusqu'au dernier moment, il resta debout, sans défaillance, sans exhaler aucune plainte, voulant assister au triomphe d'élèves qui lui étaient chers. L'un d'eux (1) a trouvé dans son cœur des accents éloquents pour raconter les derniers incidents de cette pénible présidence. « Pendant ces jours » où il dompta l'agonie et où son esprit ne perdit rien de » sa vaillance, comme son cœur rien de sa bonté, il n'eut » qu'un instant de désespoir apparent. Ce fut le soir même » où l'on proclama la liste des candidats nommés. Ses » collègues remerciaient leur président et ils lui souhaitaient un prompt retour à la santé ; à la pensée qu'il ne » reverrait plus cette Faculté qui se montrait à lui dans » une de ses solennités, son courage stoïque l'abandonna » et il eut peine à retenir ses larmes. Et quand il rentra » dans son autre famille, pour la première fois, d'ailleurs » cette fois seulement, il ne put cacher sa douleur. Néanmoins il voulut encore recevoir les uns après les autres » les candidats nommés, leur faisant part dans une longue séance des remarques qu'il avait faites à leur propos » pendant le concours et leur donnant ses conseils pour » l'avenir. Je ne sais, ajoute M. Hanot, par quel prodige de » volonté, il s'était transfiguré pour ainsi dire et avait retrouvé sa physionomie, sa voix, son esprit des meilleurs » jours. Quand je le quittai, je me remis à lutter contre » l'évidence et à espérer encore. »

L'espérance, hélas ! était vaine. A partir de ce moment, le mal ne fit qu'empirer, l'affaiblissement physique s'accentua de plus en plus. Lasègue se rendait compte de la

(1) Hanot. Notice sur le professeur Lasègue, *in Archives générales de médecine,* n° de juillet 1883.

gravité de son état, mais s'ingéniait à la cacher aux siens ; il se souciait moins de ses souffrances et même de la mort, que du chagrin des êtres chéris qui étaient sa joie et son bonheur. Refoulant au fond de lui-même les angoisses de la séparation prochaine, il montra jusqu'au dernier instant l'impassibilité la plus grande et une fermeté vraiment stoïque, méritant ainsi qu'on lui applique ce qu'il a dit de son maître : « C'est une grande bravoure de courir au-devant » du danger, mais c'est un plus sublime effort de l'atten- » dre froidement, dignement, quand on sait que pas une » chance n'atténue la menace, quand on calcule jour par » jour le progrès de la déchéance et qu'on sourit triste- » ment aux siens en les consolant et en leur permettant » de vous consoler. » C'est ainsi qu'il s'éteignit, presque sans agonie, le 20 mars 1883, dans sa soixante-septième année.

En apprenant cette fin, le corps médical fut en deuil ; il perdait en Lasègue l'un des hommes qui lui faisaient le plus d'honneur. Rappellerai-je ce concours immense de collègues, d'amis, de confrères, d'élèves, qui se pressaient à ses funérailles et qui ne voulurent le quitter qu'au dernier moment, alors que tous les discours d'adieu eurent été prononcés et la dernière pelletée de terre jetée sur son cercueil ? Mais pourquoi raviver de si douloureux souvenirs? La vie et la mort de Lasègue évoquent des pensées plus consolantes. Par sa haute moralité, par l'élévation de son caractère, par tout l'ensemble de ses éminentes facultés, il restera dans notre souvenir comme un des modèles les plus accomplis de la nature humaine; son activité intellectuelle si régulière et si féconde, sa fin si noble et si touchante nous offrent un des exemples les plus dignes de notre respect et de notre admiration.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le Mental science

Analyse par M. le Dr Pons

Année 1883.

Pathologie de la paralysie générale ; par le Dr J. Wiglesworth.

L'examen micrographique du cerveau a été fait peu de temps après la mort. Les coupes ont été pratiquées dans un microtome à réfrigération, traitées par l'acide osmique et colorées à l'aniline. M. Wiglesworth a comparé, par ce procédé, douze cerveaux de paralytiques à douze cerveaux d'aliénés ordinaires. Cette étude l'a conduit à la confirmation des idées actuellement admises en France sur la nature de la paralysie générale. Cette affection est une véritable cirrhose du cerveau, comparable à la cirrhose du foie. L'hyperplasie du tissu connectif, qui en est la lésion caractéristique, est surtout localisée au premier feuillet de l'écorce. Les cellules-araignées sont partout hypertrophiées et leurs ramifications sont plus apparentes qu'à l'état normal.

Ce travail contient une description très étendue du processus morbide. A la fin, sont reproduites, sur une belle planche gravée, deux coupes de l'écorce pratiquées à différentes hauteurs.

La prolifération de la névroglie est bien la lésion spécifique de la paralysie générale. On la retrouve, il est vrai, chez les albuminuriques et dans quelques cas d'atrophie sénile (Bewan Lewis), mais elle n'est jamais aussi marquée que dans la périencéphalite et le diagnostic est toujours facile. Les altérations cellulaires diverses (gonflement, atrophie, pigmentation, etc.), existent dans une foule de maladies du système nerveux et n'ont, dès lors, aucune valeur diagnostique.

Sur la pathologie de certains cas de melancholia attonita ou démence aiguë; par le MÊME.

Parmi les formes mentales, bien diverses d'aspect, qu'on a confondues sous le nom de « démence aiguë », il convient de séparer un groupe qui se distingue à la fois par des symptômes constants et la gravité du pronostic. Les malades sont sous le coup d'une concentration intense et présentent, avec des phénomènes d'excitation au début ou dans le cours de la maladie, des troubles musculaires fréquents (tremblement, rigidité). La terminaison invariable est la mort, sans que cette issue fatale soit expliquée par le degré d'agitation ou même par les lésions macroscopiques.

Deux observations soigneusement prises sont rapportées par l'auteur comme types de cette forme mentale. Il signale une lésion histologique qui lui serait spéciale et qui consisterait dans le gonflement exagéré des cellules de l'écorce avec déplacement du noyau. Celui-ci n'occupe plus le centre de la cellule et a été poussé à la périphérie ou vers les angles.

Ce ont les grosses cellules du quatrième feuillet qui sont surtout le siège de cette altération. On sait qu'elles ne sont pas sans analogie avec les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. M. Wiglesworth compare cette lésion à celle de la paralysie infantile (Charcot). Son mémoire, aussi intéressant par la découverte qu'il mentionne que par l'ingéniosité des aperçus cliniques, a été récompensé par la Société médico-psychologique.

Observations sur le chanvre indien et la syphilis comme causes d'aliénation mentale dans la Turquie, l'Asie Mineure et le Maroc; par le Dr JOHN DAVIDSON.

Cette courte note, qui paraît n'être que la préface d'un travail plus important, contient de curieux détails sur la préparation et l'usage du *haschish*. C'est seulement en Egypte et en Syrie que cette préparation est connue sous ce nom. En Turquie le mot *haschish* sert à désigner le pavot. Le produit du chanvre indien s'appelle en Turquie *esrar* (préparation secrète); au Maroc, *kif* (repos). Il est consommé sous différentes formes. Fumé avec du tabac, il entre aussi dans la recette d'une sorte de conserve composée de beurre, de miel, de noix muscade et de clous de girofle. En Turquie la conserve d'*esrar* sert à composer un sirop aromatique pour la confection des sorbets.

Les raffinés ajoutent au sirop d'*esrar* une drogue aphrodisiaque qui, en provoquant une excitation génésique, donne aux rêves la direction spéciale souhaitée. L'abus du *haschish* produit au Maroc des résultats désastreux. Les cafés de ce pays sont encombrés de gens qui viennent y fumer et manger le *kif*.

L'excitation voluptueuse déterminée par cette substance est suivie d'un état de prostration des plus saisissants. Les nombreux déments qu'on rencontre dans les rues et qui, sous le nom de Saints, sont l'objet de la vénération publique sont des victimes du *kif*.

La préparation industrielle de ce produit est des plus simples. Quinze jours avant la récolte, on coupe les sommités de la plante pour activer la pousse des feuilles. La cueillette se fait lorsque les feuilles, suffisamment grandes, sont visqueuses au toucher. On les détache alors et on les étale sur un tapis appelé *kilim*. Lorsque leur dessiccation est complète on les roule en les frottant vigoureusement. On recueille alors une première poudre qui est l'*esrar* de qualité supérieure (*sighirma*); la même opération continuée donne un produit d'un prix minime (*hourda*).

Ce travail contient encore quelques renseignements sur la syphilis et l'alcoolisme en Orient. La syphilis a été importée au Maroc par les Juifs réfugiés d'Espagne. Elle était connue autrefois sous le nom de maladie « espagnole ». L'alcoolisme fait, en dépit du Coran, de grands ravages dans les pays orientaux. Au Maroc, les Arabes de toutes classes font une énorme consommation de vin et d'eau-de-vie.

Quelques observations sur l'état de la société dans le passé et le présent dans ses rapports avec la psychologie criminelle; par le Dr David Nicholson.

Dans les articles que nous avons sous les yeux, il n'est encore question que du passé. Il faut souhaiter de voir l'auteur continuer bientôt, au profit du présent, cette série d'études intéressantes. M. Nicholson s'est occupé de l'état social en Europe, et principalement en Angleterre, pendant les quatre siècles qui ont précédé le nôtre. Victime à la fois, pendant cette longue période, de sa propre ignorance et du fanatisme du clergé, la société a présenté une physionomie étrange, bien digne de fixer l'attention des psychologues.

La bulle d'Innocent VIII et les massacres dont elle a été le signal avaient plongé les populations dans une sorte de délire.

Placées entre les rigueurs de l'inquisition et l'intolérance de la Réforme, elles étaient littéralement affolées. La croyance à la possession diabolique d'une part, les convulsions physiques, et mentales d'une autre, ont, pendant de longues années, rempli les prisons et alimenté les bûchers et le résultat curieux et terrible de ce bouleversement est que tous les documents concernant l'aliénation mentale se trouvent dans les *Annales criminelles* de ces époques tourmentées.

C'est là que M. Nicholson est venu chercher les éléments de son étude psychologique. Il a puisé largement dans l'ouvrage de l'avocat Hugh Arnot qui a pour titre : « *Procès criminels célèbres en Ecosse* » et qui a été publié en 1812. Dans tous ces procès, où le diable est en cause, on trouve la preuve de conceptions délirantes, d'hallucinations, de paralysie chez les accusés, les accusateurs ou les témoins. Parfois les accusés eux-mêmes se reconnaissent coupables. Il faut encore noter la nature futile, ridicule, absurde des chefs d'accusation.

Une telle société est incompréhensible pour nous. La croyance à la magie, qu'on lui reproche, suffit-elle à expliquer ses épouvantables écarts? Non. Cette croyance ne constitue pas à elle seule l'aliénation mentale et l'on peut dire que la société était alors sous le coup d'un trouble psychique indéniable. La partialité odieuse dont elle faisait preuve en condamnant à mort des malheureux sur de simples soupçons, en les torturant pour leur arracher un aveu, témoigne d'une aberration véritable de l'esprit public. Pour employer une formule énergique de l'auteur, la société *créait le crime et manufacturait le criminel*.

La croyance à la possession doit être envisagée, dans ses rapports avec la folie, à deux points de vue distincts. L'aliéné, se croyant inspiré par l'esprit malin, se livre à des actes délirants qui l'amènent devant les juges, ou il accuse de sorcellerie des individus innocents.

La place occupée par le clergé pendant cette période est énorme. Ce sont les gens d'église qui font la loi et l'appliquent. De nombreux chroniqueurs, Buckle, Walter Scott, Mackay, Beccaria, etc., nous ont rapporté en détail les épreuves grotesques et terribles consacrées alors par la procédure.

Une bonne femme est accusée d'avoir ensorcelé sa voisine : on la place sur le plateau d'une balance et la bible sur l'autre. Elle a le bonheur de peser plus lourd que la bible et cet avantage la sauve du bûcher. Que dire des piqueurs officiels chargés

d'éprouver avec leurs longues aiguilles la sensibilité de la peau des prétendus sorciers? L'un d'eux, Mathieu Hopkins, mit tant d'adresse et de zèle à découvrir la marque du diable qu'il fut accusé de travailler en collaboration avec l'esprit malin. Cet homme fut massacré par la populace.

Les témoignages médicaux étaient généralement dédaignés. Ils étaient d'ailleurs inutiles, car il ne s'agissait point de mettre en évidence un cas pathologique. La question était autrement posée. Y avait-il magie où n'y avait-il rien? Si l'enquête montrait autre chose que rien, le crime était patent. Toutefois, les médecins ont été consultés dans de rares circonstances, et nous avons gardé en France le souvenir d'un procès célèbre où ils eurent le bonheur de sauver quelques malheureux (chirurgie de Pigray).

Nous devons arrêter là cette analyse déjà longue. M. Nicholson a excellemment démontré par une masse de faits les rapports qui existent entre l'état social de ces derniers siècles et la criminalité et la folie. Il insiste sur l'action exercée par le clergé et l'inquisition sur l'évolution d'une aliénation spéciale. Quatre éléments dominent dans tous les procès de magie : l'imagination des gens d'église, la rancune personnelle, l'imposture, les états morbides nervosiques.

Données de l'aliénisme (suite); par M. Charles Mercier.

La première loi de l'hérédité, loi de *transmission héréditaire*, qui a été étudiée précédemment est complétée par celle que M. Mercier désigne sous le nom de loi de *dissemblance limitée* et qui peut se formuler comme il suit : il y a certaines limites tant du côté de la ressemblance que de la dissemblance, au-delà desquelles l'union des individus cesse d'être fertile; à mesure qu'on approche de ces limites, le produit dégénère.

Les effets des unions consanguines et des croisements sont longuement étudiés dans ce chapitre. Les premières ne sont pas toujours fâcheuses dans leurs conséquences. Comme l'indique la loi si heureusement posée par l'auteur, leurs produits ne seront mauvais que si les parents sont organiquement semblables. On observe alors, avant que la stérilité ne survienne, un ralentissement de l'activité fonctionnelle et l'idiotie est le fruit habituel de ces unions. Les croisements et, pour le genre humain en particulier, l'union de deux individus très dissemblables, augmentent chez les descendants la vigueur et l'activité vitale en produisant l'instabilité organique. Chez tous les ani-

maux la fécondité est diminuée jusqu'à la stérilisation complète. Ils déterminent souvent aussi, dans les générations de métis, la reversion et le retour à l'état sauvage. L'union consanguine et le croisement, poussés à l'extrême, sont fatalement suivis de l'extinction de la race.

M. Mercier cherche dans la philosophie physiologique et dans la zoologie la démonstration de ces faits importants. Nous ne pouvons le suivre, malgré tout l'intérêt qu'elle offre, dans son argumentation serrée et abondante dont Spencer et Darwin fournissent les éléments les plus précieux. Voici textuellement les conclusions par lesquelles il termine :

« Les fils de parents étroitement semblables sont exposés à « être incomplétement développés. Cette défectuosité atteint « de préférence les centres nerveux supérieurs et a pour con« séquence l'idiotie. — Mais si les enfants arrivent à un déve« loppement complet, ils sont peu aptes à contracter la folie. « La descendance des parents très dissemblables est en général « bien douée intellectuellement, mais elle est prédisposée à « l'aliénation mentale. »

Les lois de l'hérédité indiquent seulement les tendances familiales des descendants, mais ne fournissent aucune donnée sur l'individu, envisagé dans son état actuel. C'est l'individu lui-même qui fait le sujet d'un article suivant, et M. Mercier l'étudie dans sa forme. La forme d'un organisme résulte de la direction qu'il a prise dans son développement. Elle est déterminée par la race, le tempérament, la diathèse. Le degré du développement est mesuré par la reversion, par la survivance des caractères dont la race est sur le point d'être privée, par la persistance de ceux qui sont propres à l'âge embryonnaire ou à l'enfance, etc.

Tous ces points, race, tempérament, etc., sont successivement passés en revue par notre savant confrère qui déduit de ses remarques, chemin faisant, des données utiles pour l'aliéniste. Mais cette partie de son travail ne se prête pas à un résumé sommaire et nous ne pouvons que la mentionner à cette place.

La philosophie du restraint dans la direction et le traitement des aliénés; par le Dr Robert Cameron.

Tout homme appelé à vivre en société est soumis à certaines lois instituées dans l'intérêt commun. Un homme qui est incapable, par un vice constitutionnel ou morbide, de remplir ses

devoirs sociaux doit être considéré comme un aliéné. M. Cameron a des vues très larges sur la responsabilité criminelle et montre, après Maudsley, combien sont étroites les relations entre la folie et le crime. Il proscrit la peine de mort. La répression pénale n'est point une vengeance mais un *restraint* qui doit amender le criminel pour son profit et celui de ses semblables.

Dans l'ordre social, le restraint est partout. Le devoir est un restraint imposé à l'homme libre; la prison, l'asile des aliénés conviennent aux réfractaires. Mais pour être logique, ces moyens coercitifs ne doivent point s'adresser à une collectivité d'hommes. Le restraint social doit être avant tout individuel et doit varier dans son degré et sa forme.

Dans les asiles, notre confrère admet le restraint mécanique, chimique, musculaire, l'isolement en cellule (de 10 h. du matin à 6 h. du soir), les bains froids, les bains en pluie, l'affusion froide et enfin la punition.

Le restraint mécanique n'est guère indiqué que pour les blessés et certains cas d'urgence. L'usage des drogues ne remplace pas, comme on l'a cru, la camisole. On a remarqué que les asiles, où le chloral et l'opium étaient prodigués aux malades, étaient précisément ceux où le restraint mécanique tenait le plus de place. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la médication stupéfiante est une source de dangers.

L'emploi de bons gardiens est le meilleur moyen d'individualiser le traitement des aliénés. Ces serviteurs doivent avoir à la fois l'intelligence, le tact, le jugement, la douceur et l'énergie. Ils doivent exercer sur le malade une influence morale qui les dispense de recourir à la force (restraint musculaire). Lorsque l'aliéné devient décidément intraitable, l'isolement est le meilleur procédé de contrainte. Une cellule doit être spacieuse, ventilée et en général éclairée. Il est bon d'avoir, pour quelques rares occasions, une cellule matelassée. La durée du séjour dans la cellule doit être limitée. La porte doit en être laissée ouverte et munie simplement, en cas de besoin, d'une simple fermeture extérieure. M. Cameron est directeur d'un asile où le système des portes ouvertes trouve une heureuse application. Enfin, notre confrère se montre très circonspect dans l'emploi de l'eau froide qui n'est pas, d'après lui, sans inconvénients.

D'après les idées qu'il a fait connaître au début de ce travail, la punition doit trouver sa place dans son système. Il l'admet,

en effet, dans le but de combattre les tendances fâcheuses de l'aliéné. Les moyens employés sont: les bains froids, les drogues nauséeuses, les injections sous-cutanées, certains procédés vexatoires, l'imposition d'une tâche désagréable, etc.

Coût relatif des grands et des petits asiles; par le Dr H. Rayner.

Influence exercée sur les guérisons et la mortalité dans les asiles par les dimensions de l'asile et quelques autres circonstances; par le Dr Chapman.

Grands et petits asiles, par le Dr Claye Shaw.

L'extension considérable qu'a prise l'assistance des aliénés donne un réel intérêt à ces trois mémoires signés par des aliénistes autorisés. Les deux premiers sont exclusivement statistiques. L'enseignement qui ressort de leurs chiffres confirme le vieil adage : « *In medio stat virtus.* » Ce sont les asiles de dimensions moyennes qui donnent les meilleurs résultats.

M. Rayner reproduit des tableaux statistiques tirés du rapport des inspecteurs pour 1881 et des rapports parlementaires pour 1877. Les asiles y sont divisés en quatre groupes : le premier comprend ceux qui ont moins de 450 aliénés, le deuxième ceux qui ont de 450 à 600 malades; dans le troisième groupe, on a réuni les asiles dont la population est comprise entre 6 et 800. Enfin, les établissements qui ont plus de 800 malades forment la dernière catégorie. En regard de chaque groupe est indiqué, dans le premier tableau, le prix moyen de l'entretien d'un aliéné par semaine et le nombre des malades compris dans un service médical, dans les autres, le coût moyen des asiles pour chaque groupe et le prix de revient du lit ainsi que les dépenses d'entretien de l'asile, évaluées par tête d'aliéné.

On voit, d'après ces calculs, que les grands asiles coûtent 44 l. 2 par lit de plus que les asiles du second groupe (450 à 600). L'entretien du lit y revient à 1 l. 06 de plus. Le même avantage peut être constaté si l'on examine le coût hebdomadaire dans ces deux catégories d'établissements. Il est supérieur de 6 d. 7/8 dans les grands asiles.

Le travail de M. Chapman est beaucoup plus étendu. Il n'a pas envisagé seulement le côté économique de la question, mais il s'est occupé encore des guérisons et des décès dans les divers établissements. Son mémoire est très riche en renseignements et ne contient pas moins de quatorze tableaux élaborés par notre confrère. Le coût inférieur des asiles moyens,

constaté encore une fois, serait imputable, d'après lui, à d'autres motifs que leurs dimensions plus restreintes. Le principal serait la nature de leur population qui n'admet qu'un nombre très faible de maladies actives. Les guérisons et la mortalité varient avec la situation topographique de l'asile. Les grands asiles qui peuvent se décharger dans les workhouses de leurs aliénés faibles ont, en général, une statistique favorable. Tout le monde sait que les malades récemment admis fournissent dans un asile, la mortalité la plus grande et l'on comprend dès lors ce fait, nettement établi par les chiffres de M. Chapman, que les asiles qui ont un mouvement d'admissions plus considérable relativement à leur population normale ont aussi un nombre plus grand de décès.

M. Claye Shaw est à la tête du bel établissement de Banstead et fait naturellement sienne la cause des grands asiles. Il démontre que ces derniers ne méritent pas le discrédit où on voudrait les faire tomber. La statistique leur est défavorable, il est vrai, mais les causes de cette infériorité apparente sont aisées à découvrir. Elles ne tiennent pas à l'asile même, mais à la population faible et incurable qui l'encombre. Les grands asiles sont tenus d'avoir une infirmerie plus importante et mieux installée, avec un personnel plus nombreux. Les frais sont donc plus considérables et pourtant, malgré ces sacrifices, le chiffre des décès est plus élevé, celui des guérisons plus faible qu'ailleurs. Il y a des réserves à faire au sujet du prix de construction des grands asiles. Certains d'entre eux, comme l'asile de la Métropole pour imbéciles, bâtis économiquement, n'ont pas atteint un coût très élevé. M. Claye Shaw est l'adversaire résolu de l'évacuation des aliénés incurables dans les workhouses. Ces infortunés ont droit à leur place dans les grands asiles où leur contact ne saurait entraver le traitement des autres malades. Enfin, notre confrère insiste longuement sur le peu de confiance qu'il convient d'accorder aux statistiques des asiles de Comté, qui ne sont pas soumis administrativement à un type uniforme. La gestion de ces asiles est entièrement laissée au directeur, qui ne prend conseil que de lui-même. Il en résulte qu'ils offrent peu de ressemblances, tant au point de vue du traitement des aliénés que de leur système budgétaire.

Discours présidentiel prononcé à l'assemblée annuelle de l'association médico-psychologique, le 27 juillet 1883; par M. le Dr W. ORANGE.

Comme on pouvait s'y attendre, l'éminent directeur de Broadmoor a donné à son allocution une forme toute spéciale, en prenant pour sujet les aliénés criminels. La partie statistique n'est pas la moins curieuse de ce chapitre. Dans une série de tableaux sont indiqués les crimes et les condamnations des aliénés admis, sortis, transférés, évadés et décédés depuis l'ouverture de l'asile jusqu'au 31 décembre 1882. Les malades sont classés dans ces tableaux suivant l'époque de l'invasion de l'aliénation mentale.

Cette statistique est complétée par l'évaluation comparative, parmi les aliénés criminels, de la mortalité et des évasions, de 1856 à 1862 (création de Broadmoor) et pendant une seconde période comprise entre 1862 et 1882. Les percentages que nous reproduisons sont tout à l'avantage de l'asile spécial. Dans les asiles ordinaires, la mortalité a été de 4,50 0/0 pendant la première période, de 5,69 0/0 pendant la seconde. A Broadmoor, depuis l'ouverture, elle n'est que de 2,50 0/0. Pour les évasions les chiffres sont encore plus démonstratifs : asiles ordinaires, 1re période 0,62 0/0, 2e période 0,87 0/0; Broadmoor 0,05 0/0.

L'assistance des aliénés criminels n'a commencé véritablement à être pratiquée qu'en l'an 1800, où eut lieu le procès de Hadfield, l'assassin de Georges III. La folie de ce malheureux était tellement évidente que le juge-président, lord Kenyon conclut à l'irresponsabilité et demanda qu'il fût pourvu simultanément à la sauvegarde de la société et au traitement du malade. Les conclusions de ce magistrat eurent pour résultat la promulgation de « l'Insane Offenders Bill, » qui ordonnait la séquestration des aliénés meurtriers, traîtres et félons. L'assistance des aliénés auteurs de simples délits ne devait être prescrite que plus tard.

L'expression « aliéné criminel » date de 1807 et a été employée pour la première fois dans le rapport de la commission nommée sur l'initiative de M. Wynne pour s'enquérir de l'état des aliénés criminels et pauvres.

En 1808, la Chambre des communes présente une adresse à Sa Majesté pour obtenir la création d'un établissement destiné à cette catégorie de malades. Ils ont été placés successivement à Bethlem (1816) et à Fisherten House (1849). Enfin, grâce aux

efforts de lord Shaftesbury, l'asile de Broadmoor a été commencé, en 1856. Ce n'est que sept ans plus tard qu'il a pu recevoir ses pensionnaires. En Irlande, c'est l'asile de Dundrum qui est affecté au traitement des aliénés criminels.

Cette classe d'individus, dont le nombre s'accroît tous les jours, ne cesse de préoccuper le gouvernement et les spécialistes. Tout récemment, la commission nommée en 1880 vient de présenter au Parlement un rapport sur cette grave question. L'orateur mentionne avec éloges la deuxième édition qui vient de paraître de l'ouvrage de M. J. Stephen, qui a pour titre : *Histoire de la loi criminelle en Angleterre*, et il invoque fréquemment dans les développements philosophiques qui terminent son discours, l'autorité de l'éminent jurisconsulte. Que faut-il entendre par aliéné criminel? Cette association de mots, qui est quelque peu choquante, est néanmoins consacrée par l'usage et a désormais son utilité pratique. L'auteur qui vient d'être nommé précise, dans la phrase suivante, le sens qu'on doit lui attacher : « Aucun acte n'est un crime si la personne qui l'accomplit est empêchée, par la défaillance de son pouvoir « mental, ou par une maladie affectant son intelligence, de « contrôler sa propre conduite, à moins que la perte de son « pouvoir de contrôle ne lui soit imputable. » Pendant longtemps le criterium de la responsabilité a été en Angleterre le simple discernement du bien et du mal. Aujourd'hui les juges consentent à y ajouter un élément nouveau qui est la conservation du libre arbitre.

De la sclérose miliaire; par le Dr Plaxton.

Ce médecin soumet à l'examen microscopique 22 cerveaux et constate l'existence de la sclérose miliaire sur 21 d'entre eux. Au nombre des cerveaux sclérosés se trouvent un cerveau humain présumé sain et un cerveau de chauve-souris. Le seul qui n'est pas altéré n'a pas été traité par l'alcool. M. Plaxton se demande alors si la sclérose miliaire n'est pas une altération cadavérique, résultant de l'action de l'alcool sur le tissu cérébral. Son opinion paraît justifiée par les observations qu'il a faites. M. Batty-Tuke admet une sclérose vraie et une pseudo-sclérose qui se produit artificiellement et masque parfois la lésion vraie. Il recommande, pour éviter cette altération, de ne pas prolonger l'immersion de la pièce dans l'alcool au delà de vingt-quatre heures. Or, l'un des cerveaux étudiés par M. Plaxton, extrait du

crâne cinq heures après la mort, n'a séjourné dans l'alcool que trois heures. Il a été laissé ensuite dix semaines dans l'acide chromique et neuf mois dans l'alcool. A moins que l'altération produite ne soit imputable à cette dernière macération, il faut conclure que la pseudo-sclérose de M. Tuke demande moins de vingt-quatre heures d'immersion ou qu'elle reconnaît une autre cause que l'alcool, la chaleur peut-être. M. Plaxton habite Ceylan. Les observations de notre confrère le conduisent enfin à contester la réalité de l'affection qu'on désigne sous le nom de sclérose miliaire. Il se base, pour le démontrer, sur des considérations cliniques tirées de la présence de la lésion scléreuse sur des cerveaux sains et sur le manque de symptômes afférents à cette maladie.

Le mariage chez les sujets nervosiques; par le Dr G. Savage.

Par sujets nervosiques, le médecin de Bedlam entend les personnes qui ont souffert de l'épilepsie, de l'hystérie grave ou de la folie, ainsi que leurs proches parents. L'influence du mariage est étudiée tour à tour par lui chez les conjoints et chez les enfants. Contrairement à une opinion trop facilement admise, l'hystérie ne reçoit pas généralement du mariage une modification heureuse et les jeunes filles hystériques deviennent trop souvent des mères aliénées. L'épilepsie et l'aliénation mentale ont des rapports plus étroits encore. Cette névrose est plus dangereuse que l'hystérie pour ses funestes effets sur la descendance. Si le médecin, consulté au sujet d'un mariage, peut, à la rigueur, s'abstenir pour une hystérique, il a le devoir de s'interposer lorsqu'il s'agit d'un individu affecté d'épilepsie.

La folie doit être envisagée à plusieurs points de vue suivant l'époque où elle s'est produite. Un homme actuellement aliéné n'a pas le droit de se marier. Celui qui l'a été peut contracter mariage, si l'aliénation était de cause physique, non héréditaire et si le malade est parfaitement guéri. M. Savage blâme énergiquement les moyens employés par certaines femmes nerveuses pour échapper à la maternité. Priver une femme hystérique d'avoir des enfants, c'est la pousser vers la folie.

Lorsqu'un homme a eu un accès d'aliénation mentale, ses enfants seront d'autant moins exposés à devenir les victimes de l'hérédité qu'ils viendront au monde à une époque plus éloignée de l'accès de leur père. La paralysie générale ne transmet pas

la folie aux descendants si, au moment de l'imprégnation, le père n'est pas dans une phase active de la péri-encéphalite.

Ce chapitre contient encore quelques remarques intéressantes sur les vésanies auxquelles le mariage lui-même peut donner naissance, chez les sujets nervosiques (folie connubiale, puerpérale, etc).

Du siége de la conscience; par le Dr JOHN CLELAND.

Si l'on dépose une goutte d'acide acétique sur la cuisse d'une grenouille décapitée, l'animal porte la patte du même côté sur le siège de l'irritation. Que l'on ampute cette patte et qu'on renouvelle l'expérience, l'animal, ne pouvant atteindre le point irrité avec son moignon, portera sur ce point l'autre patte. Cette expérience est l'une des plus curieuses entre celles qu'invoque M. Cleland pour admettre la persistance du sentiment chez les animaux privés de cerveau. Le professeur de Glascow combat l'opinion de Ferrier qui voit dans les actes intentionnels accomplis par les mammifères, les reptiles, les insectes auxquels on a enlevé respectivement les hémisphères, l'encéphale, les ganglions céphaliques, de simples phénomènes réflexes. Dans son livre sur les fonctions du cerveau, le célèbre physiologiste appelle ces mouvements, dont la spontanéité est peu contestable, des phénomènes « d'adaptation ». L'auteur de cette note les considère comme des manifestations de la conscience.

Si cette manière de voir est juste, la conscience doit résider ailleurs que dans les hémisphères cérébraux. M. Cleland remarque avec raison que l'anatomie comparée refuse aux hémisphères cette suprématie fonctionnelle. Chez les oiseaux, la plus grande partie de l'encéphale est formée par le corps strié et les hémisphères sont réduits à une mince membrane. La disposition inverse existe chez les reptiles qui sont beaucoup moins intelligents que les oiseaux. On peut donc supposer que le corps strié n'est pas, chez les oiseaux, étranger aux phénomènes de sentiment.

Si la conscience a son siège ailleurs que dans les hémisphères cérébraux et s'il n'est pas possible de délimiter son domaine, on peut admettre qu'elle s'exerce dans toute la continuité du système nerveux.

La caféine dans ses rapports avec la chaleur animale, comparée avec l'alcool; par M. BEVAN LEWIS.

Les expériences ont été faites sur des lapins avec le calori-

mètre du Dr Burdon Sanderson. L'alcaloïde a été administré par la bouche à la dose de 2 gr. 1/2 à 4 grains. Chaque animal a été soigneusement pesé et les observations thermométriques ont été faites tous les quarts d'heure. Chaque expérience a fait connaître : la formation totale de calorique avant et après l'administration de la caféine, les variations de la température du corps, la quantité de calorique formée par gramme du poids de l'animal. D'autres expériences ont été faites avec l'alcool seul, puis avec l'alcool mélangé à la caféine. Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

La caféine et l'alcool exagèrent la production de chaleur. Leur action diffère en ce que l'alcool détermine, par un dégagement excessif de calorique, un abaissement de la température du corps, tandis que la caféine tend à restituer au corps sa température normale en suppléant à la déperdition de chaleur. La caféine peut donc être, à un certain point de vue, considérée comme un antagoniste de l'alcool.

Pronostic dans les cas de refus d'aliments; par le Dr Henry Sutherland.

Il est favorable :

1° Lorsque le malade manifeste une simple répugnance, sans refus formel ;

2° Lorsque la répugnance ou le refus du malade dépend d'une cause physique dont la suppression est possible ;

3° Lorsque ce refus se manifeste pendant un premier accès d'aliénation mentale ;

4° Lorsque après une première épreuve d'alimentation forcée, le malade consent à manger ;

5° Lorsque la santé et le poids du malade subissent peu de variations (l'augmentation rapide de poids est un signe de démence) ;

6° Lorsque le malade désire guérir ;

7° Lorsque le traitement médical et l'alimentation forcée sont prescrits de bonne heure.

Le pronostic en aliénation mentale ; par le Dr G. Thomson.

Les circonstances extérieures et ambiantes, l'hérédité, le sexe, l'âge et certaines périodes de la vie (puberté, ménopause), l'histoire antérieure du malade et son caractère, la cause de l'attaque, la durée et le nombre des accès, les états somatiques

et les maladies coexistantes (grossesse, état puerpéral, paralysie, épilepsie, apoplexie, etc.), tels sont les éléments qui doivent servir de base au pronostic des maladies mentales. Au nombre des circonstances extérieures, on doit tenir grand compte de l'époque à laquelle le malade a été traité et isolé. L'hérédité n'est pas une cause d'incurabilité pour une première attaque, mais elle expose à des rechutes fréquentes. Considéré à un point de vue général, le sexe n'a pas une influence appréciable sur le pronostic. Il est vrai que dans les asiles, on compte un peu plus de femmes que d'hommes, mais cela tient à ce que la mortalité affecte davantage l'élément masculin, tandis que les femmes sont surtout atteintes de maladies mentales chroniques qui prolongent leur séjour à l'asile. Si le sexe a peu d'importance pour le pronostic, il n'en est pas de même de l'âge. La folie de l'enfance est incurable. Héréditaire ou non, elle est l'expression de ce qu'on a désigné sous le nom de *diathèse vésanique*. La folie de la puberté est curable, à moins qu'elle ne se complique d'onanisme. Certaines femmes deviennent dipsomanes à la ménopause et présentent une forme d'aliénation qui ressemble à la paralysie générale. Il faut regarder comme fâcheuses les formes mélancoliques dans l'âge mûr et maniaque dans la vieillesse. D'ailleurs, la folie sénile est toujours d'un pronostic grave. Nous n'insistons pas sur l'histoire antérieure du malade. La connaissance de son caractère est aussi d'un grand secours. Un sujet doué d'une nature énergique inspire toujours plus de confiance au médecin. C'est sur lui que le traitement moral aura le plus de chances de réussite. La valeur pronostique des causes et des états somatiques et morbides est étudiée un peu plus bas avec les formes mentales auxquelles ils sont liés. En général, il faut seulement noter que la folie compliquée de lésions physiques est d'un caractère plus grave. La durée antérieure de la maladie mentale influe sur son avenir. Les cas les plus favorables sont ceux où le malade est sous le coup d'une première attaque datant de moins de trois mois.

Après ces considérations générales, M. Thomson passe à l'étude du pronostic dans les divers états vésaniques.

La mélancolie simple guérit habituellement, mais elle est d'un pronostic fâcheux chez les vieillards et les sujets atteints d'une sénilité précoce. Le pronostic est encore défavorable, s'il y a refus obstiné d'aliments sous l'influence probable d'une idée fixe. La mélancolie aiguë avec agitation incessante et tendance au marasme est une forme presque toujours fatale. Néan-

moins, si l'alimentation forcée prolonge la vie au delà d'un mois, on pourra espérer la guérison.

Dans l'exaltation mentale ou manie, le pronostic varie suivant la forme. L'état maniaque simple, caractérisé par une agitation franche, désordonnée et bruyante, chez les adolescents, guérit d'ordinaire. Lorsque, au lieu d'une agitation vraie, il se manifeste des conceptions délirantes tendant à se fixer, l'affection offre peu d'espoir, mais elle guérit quelquefois à la suite de secousses morales. Le délire aigu, qu'il faut distinguer avec soin de l'espèce précédente, conduit à l'épuisement nerveux, Lorsque le dénouement fatal est proche, il se produit un calme subit et un état de stupeur qui fait graduellement place au coma. La mort arrive moins de quarante-huit heures après la cessation de l'état maniaque.

La manie aiguë est d'un pronostic d'autant plus favorable que le sujet est plus jeune. Les hommes en guérissent plus souvent que les femmes. Le pronostic est mauvais, si l'affection se complique d'hallucinations. Un signe défavorable peu connu et qui est indiqué par M. Thomson est la chute des cheveux à la région fronto-pariétale. L'alopecie peut n'être que passagère, les cheveux repoussant à mesure que la démence se manifeste. L'hématome de l'oreille n'a pas une signification absolument fâcheuse. Chez le maniaque incurable, les lignes de la face s'oblitèrent et les traits deviennent flasques. La conservation de la mémoire n'est pas un signe certain de curabilité.

Le pronostic de la folie circulaire est invariablement mauvais.

La folie intermittente se termine par la chronicité. Les premières attaques guérissent toujours, quelle que soit la gravité des symptômes. Mais les accès se rapprochent et le malade est voué à l'incurabilité. Lorsque la marche inverse se produit et que les accès s'éloignent, le pronostic devient favorable.

Les conceptions délirantes systématisées avec hallucinations de l'ouïe et de la vue laissent peu d'espoir, alors même que les facultés sont relativement conservées. Lorsque les hallucinations de l'ouïe sont confuses et n'ont pas, par exemple, la forme de voix distinctes, le cas est moins grave et le phénomène sensoriel peut s'atténuer et disparaître. Les hallucinations qui compliquent certains empoisonnements (morphine, chloral) sont ordinairement fugaces et disparaissent avec les effets du poison, celles de l'alcoolisme peuvent persister longtemps après la cessation des autres symptômes.

La démence primitive est curable. On la distingue à son

début brusque et aux troubles circulatoires que présente d'emblée le malade. La démence secondaire guérit très rarement. Lorsqu'il se produit chez les déments une amélioration inespérée, elle est très lente ou instantanée. La folie impulsive, à l'état de simplicité est très rare et incurable.

Les aliénations liées à des états normaux ou pathologiques de la fonction génératrice donnent lieu à quelques remarques intéressantes. La folie de la puberté guérit d'ordinaire, lorsque l'évolution physique qui lui a donné naissance est accomplie. L'onanisme est une cause d'incurabilité. Certains sujets, épileptiques dans leur première enfance, ont plus tard la folie de la puberté et finissent par la démence. La folie de la grossesse est d'un pronostic douteux. Elle ne guérit habituellement qu'à la délivrance. Lorsqu'elle est incurable, l'accouchement ne la modifie pas. La dipsomanie des femmes enceintes n'est qu'un épiphénomène qui disparaît avec la vésanie principale. La folie puerpérale est grave. Son pronostic est fatal lorsque la fièvre est intense et que la malade refuse la nourriture. La mélancolie puerpérale est plus rare que la manie, elle guérit, mais elle est sujette à de fréquentes récidives. Le pronostic de la folie de l'allaitement est toujours favorable. Il suffit pour la guérir de supprimer la cause qui l'a produite. La folie hystérique ou utéro-manie s'amende par le traitement moral; abandonnée à elle-même, cette affection est fatalement incurable.

Quelques menus détails de l'administration des asiles; par le Dr CAMPBELL.

Le directeur de Garlands fait, dans ce chapitre, un exposé sommaire de sa gestion. Le travail est, dans son asile, un élément important du traitement des malades. Ils y sont employés dans la proportion de 74 0/0. Il s'agit, bien entendu, du travail sous toutes les formes. Le travail agricole donne de bons résultats, à la condition d'être prescrit avec discernement et modération. M. Campbell s'élève contre la création de grandes fermes annexes. La propriété rurale d'un asile, d'après lui, ne doit pas dépasser un acre par aliéné. Les asiles du nord de l'Angleterre emploient depuis longtemps leurs malades à la campagne et plusieurs sont construits en vue de cette affectation spéciale. Tels sont les asiles de Lancastre, York, Durham, Northumberland, Cumberland et Westmoreland.

Le système des portes ouvertes, préconisé en Ecosse, excite les défiances de notre confrère qui demanderait volontiers à la statistique la preuve de son efficacité. Il serait bon, en effet, de

pouvoir être fixé sur la nature des affections mentales traitées dans les asiles où il est appliqué, sur le nombre des évasions, des guérisons, des accidents, des suicides et..... des grossesses constatés sous ce régime de liberté à outrance.

Nous passerons sur les innovations accomplies à l'asile de Garlands touchant le régime diététique et le vêtement; elles sont incompatibles avec nos usages. L'installation des bâtiments n'y laisse rien à désirer au point de vue de l'hygiène. Les lieux d'aisances sont installés avec un véritable confort. Leurs tuyaux d'écoulement, ainsi que ceux de la buanderie et des bains, sont en fer galvanisé qui n'a pas, comme le plomb, l'inconvénient de s'altérer par l'eau chaude.

En administration, M. Campbell recommande certaines pratiques qui ont leur utilité. Chaque malade est pourvu d'une feuille où sont indiquées les particularités de son cas morbide et qui le suit dans les différents quartiers. Les surveillants qui dirigent les travaux ont une liste de leurs aliénés, avec des annotations personnelles à chaque malade. Enfin chaque chef de section reçoit quotidiennement du Directeur des instructions écrites.

Les observations suivantes, que nous ne pouvons que mentionner, sont consignées aux NOTES ET CAS CLINIQUES.

Commentaires sur quelques cas de folie morale; par M. le Dr JOHN MANLEY.

Atrophie et sclérose du cervelet dans un cas d'imbécillité épileptique; par M. le Dr HERBERT MAJOR.

Cas d'atrophie du cerveau; imbécillité; par M. FLETCHER BEACH.

Aliénation mentale chez les jumeaux. — Jumeaux présentant des attaques de mélancolie de forme semblable; par M. le Dr G. SAVAGE.

Jumeaux atteints de manie; par M. H. CLIFFORD GILL.

Jumeaux imbéciles; par M. A. F. MICKLE.

Paralysie générale résultant d'une blessure du crâne; par M. le Dr JULIUS MICKLE.

Courte note sur des cas qui démontrent l'importance des recherches sur l'entourage du malade, pour apprécier son état mental; par M. le Dr A. ROBERTSON.

Cas d'amnésie aiguë; symptômes mentaux précurseurs d'une attaque d'apoplexie; par M. le Dr G. SAVAGE.

Cas d'auto-mutilation chez des aliénés; par M. le Dr JAMES ADAM.

Méningite tuberculeuse chez des aliénés adultes; par M. le Dr JULIUS MICKLE.

Cas de folie sénile avec remarques; par M. le Dr G. SAVAGE.

Cas de paralysie générale chez une jeune femme, débutant à l'âge de quinze ans; par M. le Dr JOSEPH VIGLESWORTH.

Deux cas de mort rapide, avec symptômes maniaques; par M. le Dr G. SAVAGE.

Tumeurs symétriques à la base du cerveau; par M. le Dr STRAHAN.

Cas de meurtre pendant un accès de folie transitoire causée par la boisson. Epilepsie (?); acquittement pour cause d'aliénation mentale; par M. le Dr YELLOWLEES.

Note sur un cas de folie impulsive; par M. RICHARD GREENE.

Fragments cliniques: trois cas de folie des phthisiques, un cas d'aliénation consécutive aux excès alcooliques et à l'intoxication saturnine; par M. CAMPBELL CLARK.

Nouveaux cas de sueur unilatérale; par M. le Dr JULIUS MICKLE.

Le corps aliéniste se préoccupe vivement, en Angleterre, du nouveau projet de loi sur les « boards of guardians » qui doit placer les asiles de Comté sous cette juridiction locale. Etant donnée la parcimonie bien connue de ces administrateurs, cette loi menace à la fois la prospérité des asiles et les intérêts du personnel médical. Ce qui vient de se passer à l'occasion du règlement de la pension d'un aliéniste ne permet pas de se faire illusion sur l'avenir. M. Toller, directeur de l'asile de Glocester, a pris sa retraite pour raison de santé, après dix-neuf ans de services. Il jouissait d'un traitement de 1,150 livres. Sa pension a été, selon l'usage, fixée par les magistrats visiteurs (à 550 livres) et proposée à la sanction des sessions trimestrielles. Mais le chiffre de cette pension a soulevé de vives protestations de la part des gardiens des unions qui se sont assemblés, d'abord séparément, puis, en conférence avec les autorités de la province. Les détails de ces réunions sont reproduits aux *notes du trimestre*. Les arguments fournis contre M. Toller sont très durs et l'intention de supprimer plus tard, si faire se peut, la retraite des aliénistes a été nettement formulée. La perspective d'un régime qui mettrait les asiles à la discrétion de ces messieurs, a ému l'association médico-psychologique qui a

nommé une sous-commission dans le but de sauvegarder les intérêts de ses membres. Le Président de cette délégation, M. Robertson, vient de soumettre à M. Gladstone un projet qui a le double avantage d'être une innovation utile et de sauver, en dépit du « bord of guardians », la retraite des médecins. M. Robertson propose de modifier l'emploi de l'allocation fournie par l'Etat aux unions en vertu de la loi de 1874. Le secours de 4 shellings par semaine et par tête d'aliéné représente une somme considérable qui, donnée aux unions, les porte à dépeupler les Workhouses et à encombrer les asiles, les conseils des unions ayant intérêt à dégrever leur budget au détriment des finances de l'Etat. Le projet de M. Robertson consiste à verser cette somme entre les mains du trésorier de la province, en déterminant à l'avance les divers articles de dépenses qu'elle devra contribuer à couvrir. Au nombre de ces articles serait naturellement comprise la pension de retraite actuellement discutée. Si cette réforme était adoptée, les autorités locales n'auraient plus intérêt à encombrer les asiles de malades incurables. D'après la correspondance échangée entre M. Robertson et les autorités compétentes, on a lieu d'espérer que ces vues seront prises en considération dans le cas peu probable où la loi sur les « boards of guardians », serait promulguée.

Le récent article de notre confrère sur Guiteau a donné lieu à de nombreuses réclamations qui démontrent tout au moins que l'opinion est loin d'être fixée en Amérique, sur l'état mental de l'assassin du président Garfield. L'état d'aliénation de cet homme trouve un partisan convaincu dans le *Journal américain de neurologie et de psychiatrie*. S'il faut en croire certains renseignements, des fautes graves de procédure auraient été commises; des témoins favorables à la folie de l'accusé n'auraient pas pu se faire entendre.... Notre confrère fait remarquer que la longueur des débats, le nombre imposant des médecins appelés comme experts témoignent en faveur de la justice de l'arrêt qui a été rendu. L'autopsie de Guiteau, dont les détails sont consignés aux *notes et nouvelles*, aurait fait découvrir une altération des capillaires et des cellules. Or, M. Savage, qui a pu examiner au microscope un fragment de cerveau, a constaté, au contraire, un état des tissus compatible avec l'intégrité mentale. Avant d'en finir avec le procès Guiteau, nous croyons devoir reproduire, sans commentaire, à titre de simple document, l'opinion de l'un des experts. Le

Dr Hammond considère Guiteau comme un de ces « maniaques « raisonnants qui savent discerner le bien du mal, qui possè- « dent un contrôle intime suffisant, *s'il leur plait* (*if they- « chose*) de l'exercer et qui sont, dès lors, responsables de « toute violation de la loi. »

Nous lisons dans le même chapitre un article véhément inspiré par le travail de M. Cameron, dont on a lu plus haut l'analyse. L'auteur de l'article s'indigne à bon droit des idées émises dans ce mémoire touchant le restraint et la punition appliqués aux aliénés. M. Cameron s'est défendu plus tard d'avoir voulu mettre ces procédés en œuvre dans les asiles. Dans une lettre écrite aux éditeurs du Journal, il demande la création d'établissements intermédiaires entre les asiles et les maisons de correction, où le système du restraint pourrait être appliqué.

Les chroniques de l'année contiennent encore une relation de l'affaire Monasterio et une notice sur la vie et les œuvres du Dr Boyd, mort victime de son dévouement à l'incendie de sa maison privée à Southall Park. Le Dr Boyd avait été directeur de l'asile de Somerset. C'était un savant modeste, honorablement connu par de nombreux travaux de science et d'administration. Il s'était occupé notamment de la thermométrie chez les enfants et de la statistique des aliénés.

Nous mentionnerons enfin, d'après *les notes* de juillet, une réforme importante réalisée dans certains asiles touchant l'alimentation des malades. Il ne s'agit de rien moins que de remplacer la bière par de l'eau pure. Il paraît que l'état sanitaire de l'asile et le bon ordre ont gagné à l'application de cette mesure qui tend à se généraliser en Angleterre. L'expérience est faite à Cumberland, Westmoreland, Lenzie, Devon, Derby, Wakefield, Oxfordshire, Glamorgan, Kent, Lancastre, Monmouth, etc. Les directeurs de ces divers asiles vantent à l'envi la suppression de tout excitant dans le régime des aliénés. A peine fait-on remarquer que cette réforme a sa valeur économique.

La revue donne l'analyse des travaux suivants :

Trente-sixième rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale. 1882.

Vingt-quatrième rapport du conseil général des inspecteurs pour l'Ecosse. 1882.

Trente-unième rapport des inspecteurs des asiles d'Irlande. 1882.

Intelligence des animaux; par GEORGES ROMANES.

Chaines d'une vieille passion; par MORA (MM. Wilkin).

Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux; par le Dr THOMAS BUZZARI.

Etude sur Spinosa; par MARTINEAU.

Spinosa, sa vie et sa philosophie; par FREDERIK POLLOK.

Le cerveau humain, méthodes de recherches histologiques et autres; par BEVAN LEWIS.

L'hérédité psychologique; par TH. RIBOT.

L'éducation des femmes à un point de vue médical; par le Dr CLOUSTON.

Traité pratique du diagnostic par l'électricité des maladies du système nerveux; par le Dr HUGUES BENNETT.

Sur la cause du sommeil; par le Dr CAPPIE.

Histoire de la loi des aliénés criminels en Angleterre; par sir JAMES FITZ JAMES STEPHEN.

Blessures de la colonne vertébrale et de la moelle sans lésion mécanique apparente et commotion nerveuse, sous leurs aspects chirurgical et médico-légal; par HERBERT W. PAGE.

L'alternative : *Etude de psychologie*.

Die alcoholischen Geisteskrankheiten en im Basler Irrenhaus ete vous damaligen assistenlarzte; von WILHEM von SPEYR.

Les hystériques. Etat physique et état mental. Actes insolites, délictueux et criminels; par le Dr LEGRAND DU SAULLE.

A Regiâo psychomotriz. Apontamentos para contribuir ao estudo du sua anatomia; par ANTONIO DESOÛSA MAGALHAES E LOMOS.

Aliénation mentale, causes et prophylaxie; par le Dr H. P. STEARNS.

Experimentelle und kritische Untersuchungen zur Electrotherapie des Gehirns imbesonders über die Wirkungen der Galvanisation des Kopfes, von Dr LOWENFELD.

Ueber die Behandlung von Rückenmarks Krankheiten vermittelst des Inductions stromes; von Dr L. LOWENFELD.

Behandlung der Psychosen mit Elektricitat; von Dr TIGGES.

NOTES ET NOUVELLES.

SÉANCES DE L'ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance trimestrielle du 8 novembre 1882 (Londres).

Présentation de photographies, par M. Mercier (phases d'une attaque épileptiforme) et M. Savage (collection d'aliénés).

M. Savage montre ensuite à ses collègues un cerveau de paralysé général avec ecchymoses de l'écorce. Le malade était mélancolique et le diagnostic n'a pu être porté que peu de temps avant la mort.

Lectures : *Influence des conditions de la vie sur la production de la folie*, par M. MERCIER. Discussion : MM. Savage, Rayner, Adams, Bower, Weatherley, Hack-Tuke.

Paralysie générale traumatique, par M. MICKLE. Discussion : MM. Savage, Rayner, Granshaw, Mercier, Mac-Dowald, Bower, Hack-Tuke.

Séance trimestrielle du 1er novembre (Edimbourg).

Crâne d'imbécile présenté par le Dr Ireland. Ce crâne est petit et étroit à la région frontale. Le cerveau de cet imbécile présentait une anomalie; les cornes postérieures des ventricules latéraux n'existaient pas.

Lecture : *Note sur un cas de tumeur du cerveau*, par M. Carlyle Johnson. — Discussion : MM. Major, Howden, Clouston. Les remarques ont porté surtout sur la forme vésanique qui complique les tumeurs cérébrales; la fréquence de la démence a été signalée. M. Clouston a constaté souvent des manifestations congestives qui rappellent la paralysie générale.

Hallucinations de Jeanne d'Arc, par M. Ireland.

Séance trimestrielle du 21 février 1883 (Londres).

Cette séance a été entièrement consacrée à la lecture et à la discussion du remarquable travail de M. Hack Tuke sur *la condition mentale dans l'hypnotisme*, dont la traduction a paru *in extenso* dans les Annales. Le docteur Wood a signalé le danger des pratiques hypnotiques sur les individus sains d'esprit. Le Dr Savage fait procéder l'état hypnotique, non d'une diminution de la force nerveuse, mais d'une déviation de cette force. Il insiste sur le mauvais usage qu'un magnétiseur peut faire de son influence. M. Hack Tuke confirme les observations de ses collègues et rappelle l'intéressant malade de MM. Motet et Mesnet, acquitté récemment, à Paris, à la suite d'actes obscènes accomplis en état de somnambulisme.

Le mariage chez les sujets nervosiques. — Discussion : MM. Mickle, Wood, Hack Tuke, Savage.

Séance trimestrielle du 18 mai (Londres).

Lecture : *Pronostic dans les cas de refus de nourriture*, par M. Sutherland. — Discussion : MM. Hack Tuke, Gardiner, Newington, Rayner, Savage, Mickle, Fox, Huggard, Needham. On doit tenir compte, pour le pronostic, de l'état physique et mental du malade. L'emploi des peptones et des lavements nutritifs est recommandé par M. Needham. M. Huggard a obtenu un succès chez une femme avec l'hypnotisme.

Séance trimestrielle du 18 avril (Glascow).

Lectures : *De la folie sénile*, par M. Clouston. — Discussion : MM. Ireland, Robertson, Yellowlees.

Guérison d'une maladie mentale remontant à sept ans; traitement par l'électricité, par M. Alexandre Robertson.

Notes sur un cas de folie consécutive aux excès alcooliques et à l'intoxication saturnine et trois cas de folie des phthisiques, par M. Campbeel Clark.

Cas de goître exophtalmique, par M. Carlyle Johnson.

Présentation de pièces pathologiques, par le même.

SÉANCE ANNUELLE TENUE A LONDRES LE 27 JUILLET, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. LE Dr ORANGE.

Après avoir voté des remerciments à M. le professeur Gairdner, président sortant, à MM. Savage et Hack Tuke, éditeurs du *Mental Science*, au trésorier et aux sociétaires, l'assemblée procède au renouvellement de son bureau. Le Dr John Manley est élu président pour l'année prochaine.

La future réunion annuelle se tiendra à Londres.

Le secrétaire général informe l'assemblée de l'abandon du projet de loi sur les pensions de retraite qui n'a pas été présenté au Parlement. On s'est occupé ensuite des nouvelles tables statistiques.

Le discours prononcé par le président et les remarques auxquelles il a donné lieu ont rempli la séance de l'après-midi. Les différentes questions que soulève la responsabilité des criminels, la nécessité de perfectionner les moyens d'enquête sur l'état mental des prisonniers, tels sont les points qui ont surtout préoccupé les divers orateurs : MM. Hack Tuke, Bucknill, Rayner, Yellowlees, Campbell, Orange. La discussion s'est terminée par le vote de la résolution suivante : « Les prisonniers

« soupçonnés de trouble mental seront examinés par des mé-
« decins compétents à une époque aussi voisine qu'il se pourra
« de la commission de leur crime... L'association pense que
« les experts nommés doivent être le médecin de la prison,
« celui de l'asile de Comté ou de l'hôpital d'aliénés le plus
« proche et un médecin de la localité. Ces trois experts devront
« rédiger, après s'être consultés, un rapport qu'ils remettront à
« l'accusation et dont les frais seront à la charge du trésor. »

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE, DU 31 JUILLET AU 3 AOUT A LIVERPOOL.

Section de psychologie. Président M. le Dr Rogers.

Dans son allocution, le président a traité la question *des hôpitaux généraux et des hôpitaux pour aliénés*. Il s'est étendu ensuite sur le traitement et la statistique de l'aliénation mentale.

Lectures : *Le travail chez les aliénés*, par M. Yellowlees.

L'aliénation mentale en Espagne, par M. Jelly.

Séance du jeudi. — Lectures : *Dégénérescence des os chez les aliénés*, par le Dr Wigleworth avec coupes microscopiques.

Pathologie de la manie, par le même. M. Wigleworth soutient que la manie est due à l'incoordination simple des centres nerveux ; l'hyperémie serait secondaire.

Lésions syphilitiques viscérales et autres chez des aliénés sans lésions cérébrales syphilitiques, par le Dr W. Julius Mickle.

Localisations cérébrales dans leurs rapports avec la médecine psychologique, par M. Bewan Lewis.

L'auteur de ce mémoire combat les tendances de certains physiologistes à admettre dans le cerveau des zones étroitement délimitées.

La responsabilité légale peut-elle être acquise par les imbéciles sous l'influence de l'éducation, par M. Shuttleworth.

Définition de la folie, par M. Huggard.

Séance du vendredi. — La *paralysie générale* était inscrite à l'ordre du jour de cette séance. Dans un discours substantiel M. Mickle s'est occupé de la nature de cette affection et s'est demandé si elle était inflammatoire ou dégénérative. Deux mémoires ont été lus, l'un du Dr Sankey, ayant pour titre : *Phénomènes compris sous le nom de paralysie générale des aliénés*, l'autre de M. Savage : *Quelques cas de paralysie générale avec sclérose latérale de la moelle*. Résumant le débat, M. Mickle pense qu'il serait désirable d'admettre plusieurs variétés de

cette affection et d'éliminer nombre de cas qui sont confondus à tort avec elle.

Dans l'après-midi une trentaine de membres ont visité l'asile de Rainhill, sous l'aimable conduite des Drs Hickson et Wiglesworth.

Les *notes et nouvelles* contiennent encore, indépendamment des faits mentionnés au cours de ce travail :

L'annonce d'une nouvelle édition de l'ouvrage de Reginald Scot sur la « Sorcellerie dévoilée ». Cette publication, due à l'initiative du Dr Nicholson, se fait par souscription publique.

Une note relative au procès de Joseph Gill, un aliéné qui après une tentative de meurtre, a été condamné à cinq ans de servitude pénale. La folie n'a pas été alléguée par la défense, mais elle était si manifeste que cette sentence a causé une profonde surprise. Un mémoire a été adressé à la Reine en faveur de ce malheureux.

Le compte rendu de la séance annuelle de la Société de secours aux aliénées convalescentes.

Une lettre spirituelle du Dr Ireland, touchant la proposition du Dr Inglebey d'ouvrir le caveau où est inhumé Shakespeare, dans la chapelle de Stratford-sur-Avon. On a crié au sacrilège. M. Ireland revendique très dignement les droits de la science et maintient qu'on peut, sans le profaner, étudier le crâne de l'illustre poète.

Des notices nécrologiques sur les Drs Francis Ker Fox, Henry Clifford, Gill, Georges Mackenzie, Bacon, Hervey Wilbur, William-Samuel Tuke, Evert Robert, Boyd et Lasègue.

Notre éminent et regretté professeur était membre honoraire de la Société médico-psychologique de Londres.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies mentales; par le Dr Clouston, d'Edimbourg. Londres — Churchill, 1883.

L'auteur de cet ouvrage, auquel nous demandons pardon du retard involontaire que nous avons mis à en rendre compte, s'est trouvé dans d'excellentes conditions pour le composer; il est, en effet, directeur-médecin du grand asile de Morningside, près d'Edimbourg, l'un des plus beaux établissements de ce genre qui existent, et où sont reçus et traités un grand nombre d'aliénés des deux sexes, les uns indigents, les autres appartenant aux classes aisées de la société; il est, de plus, Professeur de psychiatrie à l'Université d'Edimbourg, et ses cours sont suivis par un nombre considérable d'étudiants.

Il explique, de la manière suivante, les motifs qui lui ont fait adopter, pour son ouvrage, la forme de leçons cliniques. « J'ai été très frappé, dit-il, dans les cours que je fais aux « étudiants, de ce fait qu'il est facile d'exciter l'intérêt de tous « les membres d'un nombreux auditoire, si l'on choisit pour « l'enseignement des maladies mentales la forme de leçons « cliniques, tandis que l'on ne peut atteindre ce résultat par « des descriptions purement dogmatiques. L'appel direct aux « faits naturels, tout en ne montrant que des fractions d'évo- « lution morbide, produit une plus vive impression sur le pu- « blic que des leçons exclusivement didactiques, quelque bien « préparées qu'elles puissent être. »

Une des conséquences de la méthode adoptée par l'auteur, c'est que, se préoccupant par-dessus tout du côté pratique de l'enseignement, il ne s'attarde nullement sur les questions de théorie pure, ni sur celles de pathologie générale de la folie.

En ce qui concerne, notamment, les classifications, il est très bref et se montre essentiellement éclectique. Il considère comme nécessaire de continuer à classer les différentes formes d'aliénation mentale, d'après leurs manifestations symptomatologiques, ainsi que le faisaient Pinel et Esquirol, dont il con-

serve, à titre fondamental, la classification, sauf à lui faire subir, comme l'ont fait presque tous les auteurs, certaines modifications et certaines additions.

Mais en même temps, il fait le meilleur accueil à la classification de son prédécesseur immédiat dans la chaire d'Edimbourg, M. le Dr Skae, qui, à l'imitation de Schrœder Van-der-Kolk et de Morel, s'est appliqué à faire rentrer toutes les formes d'aliénation mentale dans une nomenclature exclusivement fondée sur l'étiologie.

Le livre commence donc par une première série de leçons, au nombre de dix, consacrées à l'étude des grandes espèces d'aliénation mentale, rangées, conformément aux principes d'Esquirol, d'après leur symptomatologie, et réparties en huit groupes distincts; puis viennent huit leçons où sont passées en revue les formes de folie qui, au nombre de trente-quatre, lui paraissent présenter des caractères distinctifs uniquement dus à la cause qui les produit, et en tête desquelles il place la paralysie générale et la folie paralytique dont il attribue la naissance et l'évolution à des altérations organiques des centres cérébraux.

La dix-neuvième et dernière leçon traite des devoirs du médecin, au point de vue médico-légal et médico-social, dans les questions qui se rapportent aux maladies mentales.

Nous nous contenterons de toucher légèrement à quelques-uns des points si nombreux contenus dans ce vaste cadre.

Les six premiers groupes de la nomenclature symptomatologique, adoptée par M. le Dr Clouston, correspondent à des divisions du sujet, déjà familières à tous les médecins ayant quelques connaissances spéciales; il suffira donc d'en énumérer les titres :

Ce sont 1° les états de dépression mentale; 2° les états d'excitation mentale; 3° les états de trouble mental à forme alternante; 4° les états de délire fixe et limité; 5° les états de faiblesse mentale; 6° les états de stupeur mentale.

Nous nous arrêterons davantage sur le septième groupe auquel l'auteur donne la dénomination d'états d'inhibition défectueuse, qu'il justifie en ces termes : « La physiologie, « dit-il, a clairement démontré qu'il existe, dans le système « nerveux, des centres dont la fonction est de contrôler « d'autres centres, et l'on a donné à cette fonction le nom « d'inhibition. Or, on observe certains cas de maladies men- « tales dans lesquels le pouvoir de ce genre, qui doit s'exercer

« sur les centres nerveux idéo-moteurs les plus élevés, paraît « être troublé et comme suspendu, sans qu'il y ait, d'une ma-« nière notable, ni dépression, ni exaltation, ni affaiblissement « de l'ensemble des facultés ; dans ces cas, en réalité, le pou-« voir inhibitif des facultés mentales fait défaut et j'ai cru « devoir en faire une classe à part. » D'après l'auteur lui-même, cette dénomination aurait pour synonymes celles de folie impulsive, folie de la volonté, impulsions irrésistibles, folie sans délire. Cette classe est, on le voit, parfaitement connue des médecins français. Seulement nous ne pensons pas que l'on ait songé, jusqu'ici, à lui donner comme caractéristique collective la perversion ou l'absence du pouvoir inhibitif, dont la réalité elle-même peut laisser place à la discussion. Cette manière nouvelle d'envisager les folies impulsives nous a paru intéressante et mériter une mention spéciale ; quant au détail des variétés de cette classe, il est celui que nous avons l'habitude de ranger dans la catégorie désignée chez nous sous les termes de folie des actes, folie impulsive ou folie instinctive ; en voici l'énumération : *a.* Impulsions en général ; *b.* Impulsions épileptiques; *c.* Impulsion sexuelle ou organique ; *d.* Impulsion homicide ; *e.* Impulsion au suicide ; *f.* Impulsion destructive ; *g.* Dipsomanie ; *h.* Kleptomanie ; *i.* Pyromanie ; *k.* Folie morale.

Le huitième et dernier groupe nous présente, enfin, sous le nom de *folie diathésique*, l'ensemble des états que nous appelons, en France, folies héréditaires : le Dr Clouston attribue à Maudsley le mérite d'avoir démontré l'existence de ces états qui consistent surtout : dans la folie en puissance, dans une combinaison inaccoutumée et extraordinaire des facultés intellectuelles ; dans une manière de sentir contraire aux habitudes et aux convenances ; dans une série d'actes en quelque sorte automatiques, et soustraits à l'influence régulatrice de la volonté, ensemble de symptômes qui paraît être le résultat d'un état névropathique héréditaire, agissant sur un cerveau dont les diverses parties sont irrégulièrement constituées, et dont l'organisation dynamique, les aptitudes fonctionnelles sont excentriques et mal équilibrées.

Nous ne méconnaissons nullement la part importante qui revient à Maudsley dans la propagation, en Angleterre, de ces notions générales sur l'aptitude héréditaire qui prédispose à toutes les névroses ; mais nous pensons qu'il n'est que juste de faire remarquer qu'elles sont dues, en majeure partie, aux travaux des auteurs français tels que Lucas, Morel, Trelat, Moreau (de

Tours), pour ne parler que de ceux qui n'existent plus. Du reste l'auteur ne consacre à cette dernière classe qu'un très petit nombre de pages, à la fin de sa dixième leçon, et le nom de Morel y est cité comme en ayant donné en France la meilleure description.

La onzième leçon traite de la paralysie générale et de la folie paralytique, considérées par M. Clouston, comme deux maladies différentes. La paralysie générale est, pour lui, comme pour la plupart des auteurs contemporains, une maladie spéciale, une entité morbide distincte et bien définie, toujours incurable. Quant à la folie paralytique, M. Clouston désigne sous ce nom les troubles intellectuels qui sont consécutifs à de grosses altérations localisées du cerveau, telles que apoplexies, ramollissements, tumeurs, dégénérescences chroniques, lorsqu'elles affectent les circonvolutions et leurs fonctions, soit d'une manière primitive, soit à titre secondaire; cette affection, ajoute-t-il, n'a absolument rien de commun avec la paralysie générale.

Il suffit de lire cette définition pour reconnaître qu'elle s'applique à ce que nous appelons, en France, démence organique avec paralysies partielles; M. Clouston indique lui-même, comme synonyme de la folie paralytique telle qu'il l'a comprend, la dénomination de démence organique. Nous ne pouvons nous empêcher de regretter bien vivement qu'il n'ait pas adopté, d'emblée, cette seconde dénomination, et qu'il ne s'en soit pas contenté; il aurait ainsi évité d'apporter un nouvel élément de confusion dans une question de nomenclature déjà bien confuse. Depuis Parchappe, le terme de folie paralytique était connu, dans la science, comme synonyme de celui de paralysie générale dans toutes ses acceptions et toute son étendue; en 1883, M. Baillarger, dans son important mémoire intitulé : *Théorie de la paralysie générale, de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes*, a proposé de donner à ce même vocable *folie paralytique*, une signification restreinte, grâce à laquelle il ne désignerait plus toute la paralysie générale, mais seulement une partie de la paralysie générale; enfin, à la même époque, M. Clouston s'en sert pour désigner un état morbide absolument différent de la paralysie générale. On voit, par là, quel problème embarrassant doit nécessairement se poser à l'esprit de quiconque est exposé à entendre ou à voir cité ce nom de folie paralytique ; il devra se demander s'il s'agit de celle de Parchappe qui est toute la paralysie générale, ou de celle de Baillarger qui n'en est

qu'une partie, ou de celle de Clouston qui est une toute autre chose. N'est-il pas déplorable qu'aux difficultés intrinsèques des questions se joignent de pareilles obscurités de nomenclature, et n'y aurait-il donc pas moyen de débarrasser l'étude des maladies mentales des confusions de langage qui lui ont déjà fait et qui continuent à lui faire tant de tort?

Parmi les idées relatives à la paralysie générale qui nous ont paru propres à l'auteur, nous citerons celle d'après laquelle les lésions anatomo-pathologiques, caractéristiques de la maladie, notamment les adhérences de la pie-mère aux circonvolutions de la face supérieure de l'encéphale, peuvent précéder d'assez longtemps toute manifestation symptomatique; il faut, dit-il, que ces lésions aient déjà acquis un grand développement, et qu'elles aient atteint certaines circonvolutions déterminées, pour qu'elles produisent des troubles de la mobilité et de l'intelligence.

A l'occasion de la démence organique, liée à des lésions localisées de l'encéphale (ce qu'il appelle folie paralytique), M. Clouston cite une statistique portant sur quatre-vingt-onze cas dans lesquels le désordre intellectuel a été poussé assez loin pour rendre indispensable le placement dans un asile, ce qui, évidemment, est exceptionnel en pareil cas, les malades aisés restant habituellement dans leurs familles, et les indigents étant placés dans des hospices ordinaires. Or, sur ces quatre-vingt-onze cas, il s'est produit dix-sept guérisons et dix améliorations assez marquées pour permettre la sortie de l'asile. L'auteur se déclare lui-même étonné de ce résultat qu'il considère comme inattendu; mais il nous paraît bien probable que ces guérisons ne devaient être que partielles, c'est-à-dire qu'elles portaient sur les symptômes de délire maniaque ou mélancolique, qui s'étaient développés à titre d'épiphénomènes et qui avaient motivé le placement des malades à l'asile ; il devait rester un état plus ou moins accentué de démence.

Nous citerons encore une autre statistique donnée par M. Clouston sous la forme de tracé graphique (p. 206); il s'agit de la fréquence relative des formes les plus communes de maladies mentales. Pendant une durée de cinq ans, il y a eu, à l'asile de Morningside, un total de 1758 entrées, sur lesquelles on a compté 996 cas de manie, 535 cas de mélancolie, et 104 cas de paralysie générale. Ces trois affections ont donc fourni, à elle seule, 1635 admissions, soit 92 p. 100 de l'ensemble, toutes les autres formes réunies ne représentant que 8 p. 100.

Dans la plupart des statistiques récentes faites en France, le nombre des cas de mélancolie l'emporte de beaucoup sur celui des cas de manie, et la paralysie générale dépasse la proportion de 5 p. 100 des admissions.

Nous arrêterons ici notre examen du livre de M. Clouston, faute de place et non faute d'autres sujets intéressants d'étude, car les idées personnelles, les vues originales y sont abondamment répandues. Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que la méthode adoptée par l'auteur lui ait fait renoncer à toute considération historique et l'ait rendu excessivement sobre d'indications bibliographiques. Sans doute, comme il le dit, pour fixer dans l'esprit des étudiants la connaissance des maladies, il est essentiel de leur montrer des malades, et les caractères observés sur le vif frappent plus leur attention que ceux qui sont privés de ce mode d'illustration pratique. Mais pour faire garder la mémoire des faits qui n'ont fait que passer sous les yeux, n'est-ce pas aussi une condition bien utile que d'indiquer les auteurs qui les ont, les premiers, signalés ; de montrer l'évolution souvent si intéressante des interprétations auxquelles ils ont donné lieu; d'exposer les théories successives dont ils ont été le point de départ. Combien l'intérêt d'une galerie de tableaux se trouve réduit, pour ceux qui n'ont aucune notion de l'histoire des peintres et de la peinture !

Sauf cette réserve, nous sommes heureux de déclarer que l'ouvrage de M. Clouston est un livre de grande valeur, abondant en vues ingénieuses et en observations intéressantes ; il fait grand honneur, à la fois, à l'auteur qui l'a écrit, et à l'Ecole qui en a fourni les matériaux.

A. F.

La physionomie et l'expression des sentiments; par P. Mantegazza, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Florence. — Bibliothèque scientifique internationale. — Félix Alcan. Paris, 1885.

« Ce livre prend l'étude de l'expression au point où Darwin l'a laissée... Je me suis donné pour tâche de séparer nettement les observations positives de toutes les divinations hardies, de toutes les conjectures ingénieuses qui jusqu'ici ont encombré la voie de ces études. » — Il n'y a rien à ajouter à ces quelques

lignes de la préface pour indiquer nettement au lecteur la nature de l'œuvre de M. Mantegazza.

La première partie est consacrée à l'étude du visage humain, des traits qui lui impriment son caractère ; l'auteur y donne aussi un historique plein d'érudition des recherches sur la physionomie et la mimique humaines. Dans l'antiquité, Aristote, Platon, Hippocrate, Martial, Pline... et bien d'autres encore, ont touché à ce sujet. Le moyen âge nous a laissé force préceptes plus ou moins empreints de mysticisme sur la physionomie et sur la mimique. Dans les temps modernes, avec Lavater, Charles Bell, Gratiolet et surtout avec Darwin, l'étude des phénomènes mimiques est réellement devenue scientifique.

La seconde partie a trait à *la mimique ou à l'expression des sentiments*. La mimique qui peut remplacer le langage ou le compléter est en partie spontanée et en partie conventionnelle. En tant que spontanée, elle est la langue commune de tous les hommes intelligents, et son influence s'étend au delà du domaine de l'humanité, puisque beaucoup d'animaux supérieurs la comprennent.

Darwin a énoncé trois principes qui, d'après lui, dominent les phénomènes de la mimique : le principe de l'association des attitudes utiles, celui de l'antithèse et celui des actions dues à la constitution des centres nerveux, indépendamment de la volonté et jusqu'à un certain point de l'habitude. M. Mantegazza trouve ces principes *trop gothiques* pour les races latines et il les remplace par les deux suivantes : 1° Il y a une mimique utile, défensive. — 2° Il y a des faits mimiques sympathiques. — Ces derniers peuvent se grouper en plusieurs catégories : les sympathies d'imitation, les sympathies musculaires ou toniques, les sympathies des fonctions, etc.

Tout phénomène mimique doit être étudié dans la nature de l'émotion qui le fait naître, ainsi que dans le degré de cette émotion, dans sa marche, dans les éléments particuliers enfin qui peuvent le modifier. Il y a trois grandes classes d'expression : les expressions sensitives, les expressions de passion et les expressions intellectuelles. Mais une émotion passagère n'a qu'une mimique fugitive et qui ne laisse pas de trace ; si elle se répète souvent, elle laisse au contraire des impressions durables qui peuvent révéler une page de l'histoire de l'homme, ce sont les expressions permanentes.

Les mimiques des différentes classes sont ensuite étudiées,

les unes après les autres, dans autant de chapitres différents. Ainsi, la mimique du plaisir, celle de la douleur, etc... A l'appui des descriptions, on trouve dans des planches les images des différents types de mimique.

Tel est le plan de ce livre qui aura certainement beaucoup de lecteurs ; il s'adresse, en effet, non seulement aux naturalistes, mais aussi aux comédiens, aux peintres, aux sculpteurs. Il s'adresse peut-être même plutôt aux artistes qu'aux naturalistes.

N'ayant pas l'intention de faire une analyse détaillée, je noterai seulement quelques aperçus originaux, ceux-ci par exemple : Les plaisirs ou les douleurs des sens spécifiques ont une mimique identique ou très analogue à celle des autres émotions d'une origine différente et plus haute. C'est une loi que la mimique de la douleur visuelle est très analogue à celle des douleurs intellectuelles et cela, parce que l'œil est le sens le plus intellectuel, la source la plus féconde d'idées. La douleur auditive a la même mimique que celle des sentiments bienveillants. La douleur de l'odorat a une mimique analogue à celle du mépris, et enfin la mimique de la douleur du goût est semblable à celle des souffrances muettes de l'amour propre. — Ces données ne sont pas toutes également originales, plusieurs sont admises depuis longtemps, celles qui ont rapport à l'odorat principalement, mais elles ont une vraie tournure scientifique, ce sont des observations à la façon de Darwin. Il en est d'autres qui sembleront peut-être plus contestables et moins scientifiques, celle-ci par exemple : Il y a eu des hommes de génie véritablement laids et d'autres remarquablement beaux, mais tous ont eu *un regard de feu indéfinissable* qui ne se rencontre jamais chez l'homme vulgaire (p. 180). Et encore : Huit cents ans de royauté laissent naturellement dans les traits d'une famille une marque que le premier venu ne peut se donner à volonté (p. 160). Enfin les médecins n'admettent plus tous la constitution apoplectique caractérisée (p. 229) par un corps trapu, par des membres gros, un cou court, etc...

Il se peut que quelques idées ne résultent pas d'une observation exacte, le livre dans son ensemble n'en a pas moins une base scientifique réelle. Il eut peut-être été plus intéressant encore, si l'auteur avait consacré une plus large part à l'étude de la formation graduelle des caractères mimiques en observant sur les animaux, sur les enfants, sur les sauvages et sur les hommes adultes des différentes races. Il eut pu

proposer quelques hypothèses sur les mécanismes physiologiques de la mimique, en se servant des quelques connaissances en psychologie physiologique que nous possédons à notre époque. Mais la tâche qu'il a remplie est déjà considérable et peut-être que plus tard il donnera un essai de physiologie de la mimique.

L. Camuset.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie l'idiotie. — Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1883; par Bourneville, médecin de Bicêtre, Bonnaire, Boutier, Leflaive internes du service, S. Bricon et Séglas, docteurs en médecine. Paris, aux bureaux du Progrès médical et chez A. Delahaye et Lecrosnier, 1884.

M. Bourneville publie tous les ans, en un volume, l'histoire médicale et administrative de son service (adultes épileptiques, enfants épileptiques, idiots et arriérés). Il relate les incidents administratifs les plus notables et les observations cliniques les plus intéressantes de l'année. Le volume paru dernièrement, le quatrième de la série, renferme comme tous les autres une première partie destinée au compte rendu administratif et une seconde consacrée à la clinique.

Dans la première partie, on trouve la description avec le plan du bâtiment des ateliers qui vient d'être terminé. C'est le commencement des travaux d'amélioration de la section qu'on doit poursuivre sans interruption : Division de la section en deux, l'une pour les adultes épileptiques, l'autre pour les enfants. Ces ateliers destinés à l'instruction professionnelle sont construits en prévision d'une population de quatre cents enfants. M. Bourneville affirme que, dans un avenir très prochain, le travail de ces enfants sera productif. Le bâtiment commencé en janvier 1883 était terminé en septembre de la même année. Une telle célérité administrative doit être notée, il est à souhaiter qu'elle serve d'exemple.

Dans la partie clinique, on trouve d'abord une étude de *mérycisme* par MM. Bourneville et Séglas. Ce travail qui comporte près de cent pages, est très complet. Le mérycisme est étudié chez l'homme sain d'esprit, chez l'aliéné et chez l'idiot. En voici les principales conclusions: La rumination chez l'homme s'ef-

fectue par le mécanisme suivant: Quelque temps après le repas, il y a appel de l'air dans l'estomac, le sujet avale de l'air; puis immobilisation de la cage thoracique et par suite du diaphragme; légère contraction des parois abdominales, le tout sans aucun phénomène d'effort. Mais ces différents agents ne sont qu'accessoires, le principal réside dans l'exagération des mouvements de l'estomac qui se contracte sur les matières qui le distendent et peut-être aussi dans la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'œsophage qui dilatent le cardia. — Cet acte anormal s'observe à tous les âges mais il débute ordinairement pendant l'enfance. Il est particulièrement fréquent chez les aliénés et surtout chez les idiots. (Cinq cas sur une centaine d'idiots à Bicêtre). — On a constaté la valeur étiologique de l'hérédité, de l'imitation, des traumatismes, sur la région épigastrique, de la gloutonnerie. — Le mérycisme n'est pas à vrai dire une maladie, c'est un acte presque physiologique quoiqu'anormal. Il est souvent bon de ne pas tenter de le faire disparaître, car après les tentatives de ce genre, la santé générale a été, dans bien des cas, gravement compromise. — Ce travail sur le mérycisme est basé sur trente-sept observations personnelles ou recueillies dans les auteurs, mais le nombre des cas connus est bien supérieur à ce chiffre de trente-sept.

Les autres études cliniques ont trait à un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme et à trois cas d'idiotie consécutive dans un cas à l'hydrocéphalie, dans l'autre à l'atrophie simple des circonvolutions, et dans le troisième à une méningite aiguë datant de la première enfance. — Cette dernière observation est la plus curieuse. Le sujet avait des attaques d'épilepsie partielle. Les lésions nécropsiques étaient celles de la méningo-encéphalite chronique. Les auteurs, MM. Bourneville et Leflaive, admettent qu'il y avait une véritable méningo-encéphalite chronique consécutive à la méningite aiguë ancienne. L'enfant était donc un dément paralytique plutôt qu'un idiot.

Comme on le voit, *les recherches sur l'épilepsie et l'hystérie* de 1884 sont, comme celles des années précédentes, d'un grand intérêt pour les spécialistes, tant au point de vue administratif qu'au point de vue médical.

L. Camuset.

Manual das Doenças mentaes; par Julio de Mattos, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Conde de Ferreira. 1 vol. in-12. Porto, Librairie centrale, 1884.

L'étude et l'enseignement de la médecine mentale s'imposent aujourd'hui dans tous les pays civilisés. Partout on sent le besoin d'améliorer l'assistance publique des aliénés, d'éclairer la justice sur les questions relatives à la folie; partout aussi les médecins se sont mis à l'œuvre, observant, étudiant, les uns appliquant dans leurs recherches les méthodes biologiques nouvelles, les autres résumant pour leurs compatriotes les travaux publiés sur la matière. De là la création dans tous les pays de revues nouvelles de psychiatrie, de là aussi la publication de manuels permettant d'embrasser la science d'un coup d'œil d'ensemble.

Parmi ces manuels publiés à l'étranger, celui que nous présentons aujourd'hui aux lecteurs des *Annales* se recommande tout spécialement et par ses qualités typographiques et — chose plus importante — par les connaissances très étendues de son auteur. M. Julio de Mattos, qui occupe les fonctions de médecin adjoint de l'asile de Porto (Portugal), s'est surtout familiarisé, pour la rédaction de son livre, avec les travaux français; il connaît à fond notre littérature psychiatrique, il a médité les œuvres de nos maîtres, s'est inspiré de leurs idées et a rendu ainsi à notre pays un hommage des plus flatteurs dont nous devons le remercier.

Son livre se divise en trois parties, consacrées, la première à la pathologie générale, la deuxième à la pathologie spéciale, et la dernière à la médecine légale des aliénés. La classification adoptée par l'auteur nous semble aussi rationnelle que possible dans l'état actuel de la science. Il divise les diverses formes d'aliénation mentale en huit grands groupes : les vésanies (générales et partielles), les folies organiques (délire aigu, démence et paralysie générale), les folies névropathiques, les folies toxiques, les folies sympathiques, les folies diathésiques, les folies morphologiques et enfin la folie sans délire ou folie lucide. C'est, comme on le voit, sauf toutefois la dernière forme, le classement admis par M. le professeur Ball dans ses *Leçons sur les maladies mentales* (Paris 1880, p. 458).

M. Julio de Mattos donne des diverses espèces de folie des descriptions courtes mais précises, ne livrant que peu de place

aux idées théoriques et préférant donner à l'appui de ses assertions des observations cliniques, un peu écourtées parfois, mais en général suffisantes. C'est dire assez que le caractère de ce manuel est essentiellement pratique et qu'il est destiné à rendre les plus grands services aux praticiens portugais et à préparer les nouvelles générations médicales aux devoirs qui leur incomberont un jour vis-à-vis d'une catégorie si intéressante de malades.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— *Le sommeil et les rêves*; par J. Delbœuf, professeur à l'Université de Liège. — L'auteur n'envisage les phénomènes du sommeil et des rêves qu'à deux points de vue : celui de la certitude et celui de la mémoire. Pour lui, le rêve n'est que l'impression indélébile, dans la nature organisée et sensible, des traces des événements passés, le peu qu'il nous laisse entrevoir suffit pour affirmer que, dans le monde de la pensée, rien ne s'oublie, tout est inscrit, classé, étiqueté. Les lecteurs trouveront dans ce livre matière à de nombreuses réflexions, et ce nouvel effort, joint à ceux qu'il pourra susciter, aidera peut-être à jeter quelque lumière sur l'un ou l'autre des obscurs mystères que renferme l'âme humaine. (1 vol. in-18, 3 fr. 50, Félix Alcan, éditeur.)

— De l'aphasie et de ses diverses formes; par le Dr Bernard; Paris. 1885; vol. in-8°.

— Des colonies d'aliénés, par M. Victor Oudart; Gand, 1884; br. in-8°.

— Troubles de la nutrition dans la paralysie générale des aliénés; par le Dr Gatien Lian; Paris, 1885; br. in-8°.

— Sulla emicorea sintomatica; contribuzione clinica ed anatomo-patologica; par le Dr L. Bianchi; Naples, 1885; br. in-8°.

— Studio semiotico per le malattie nervose e mentali; par le Dr L. Bianchi; Naples, 1885; br. in-8°.

— Sul decubito; observazioni sperimentali; par le Dr G. Bordoni Uffreduzzi; Turin, 1884; br. in-8°.

— La ruminazione nella specie umana; par le Dr G. Cantarano; Naples, 1885; br. in-8°.

— The family system as an accessory provision por our insane poor; par le Dr H. R. Stedman; Boston, 1885; br. in-8°.

— Die Thatsachen der Vererbung in Geschichtlich-kritischer Darstellung; par le Dr Emanuel Roth; Berlin, 1885; br. in-8°.

— Fous et Bouffons; étude physiologique, psychologique et historique, par M. le Dr Paul Moreau (de Tours); Paris, 1885, vol. in-12 de 375 p.

— Troubles cérébraux dans un cas d'intoxication mercurielle professionnelle; par M. le Dr Charpentier; Paris, 1885, br. in-8°.

— Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie. — De la grande attaque hystérique et des principales variétés. — Du grand hypnotisme ou hypnotisme hystérique. — L'hystérie dans l'histoire. — L'hystérie dans l'art; par M. le Dr Paul Richer; fort vol. in-8° raisin de 970 p. avec 197 figures intercalées dans le texte et 10 gravures à l'eau-forte. 2e édition, Paris 1885; chez Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier; prix, 25 fr.

— Eléments d'anthropologie générale; par M. le Dr Paul Topinard; Paris, 1885, 1 vol. in-8° de 1160 p. avec 229 figures intercalées dans le texte et 5 planches; mêmes éditeurs; prix 24 f.

— Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations, par le professeur Hermann Nothnagel; traduit et annoté avec l'autorisation de l'auteur par le Dr Kéraval; avec préface par le professeur Charcot; vol. in-8° avec atlas de 68 figures; Paris 1885; mêmes éditeurs; prix, 14 fr.

— Sur les amnésies; étiologie des troubles de la mémoire; par le Dr Rouillard; Paris, 1885; vol. in-8°.

— Sur le nervosisme de notre époque, par le Dr Desguin; Gand, 1885, br. in-8°.

— Gedenktage der Psychiatrie aller Länder; par le Dr H. Laehr; Berlin, 1885, br. in-8°.

— Ueber statische Reflexkrämpfe; par le Dr Albr. Erlenmeyer; Leipzig, 1885, br. in-8°.

— Iahres-Bericht über das Aargauische Kantousspital zu Königsfelden; par M. le Dr E. Schaufelbüel; années 1876, 1879 et 1880, br. in-8°.

— Forty-second annual report of the managers of the state lunatic asylum at Utica; for the year 1884; Albany, 1885; br. in-8°

— In causa di parricidio imputato ad Angelo B.; Perizia medico-legale dei dottori C. Boufigli e R. Brugia; Milan, 1885; br. in-8°.

— Le leggi statistiche del suicidio secondo gli ultimi documenti (1879-1885); par le D. Enrico Morselli; Milan, 1885, br. in-8°.

— Manuale di semejotica delle malattie mentali; par le professeur Enrico Morselli. 1er volume : Generalità. — Esame anamnestico, antropologico e fisiologico degli alienati. in-12. Milan, 1885.

— Influenza di alcune applicazioni idroterapiche sulla circolazione cerebrale nell'uomo; par les Drs Musso et Sergesio Reggio-Emilia, 1885; broch. in-8°.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 27 avril 1885.

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du Président, 8, rue de l'Université.

M. Falret fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Sémelaigne.

Il déclare qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies. L'assemblée vote des remerciements à M. le Trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Mitivié pour la lecture de son rapport annuel.

MESSIEURS,

Comme les années passées, nous commencerons ce rapport moral et financier par un mot d'adieu et de regret aux membres que la mort a séparés de nous.

Le 24 juin, le Dr Moreau (de Tours) succombait à l'âge de quatre-vingts ans, après avoir, jusqu'au dernier jour, consacré cette longue existence au service des aliénés, successivement en qualité d'interne à Charenton dans le service d'Esquirol, de médecin de Bicêtre, puis de la Salpêtrière, de 1840 à 1884, et simultanément dans la direction de la maison de santé d'Ivry où il était heureux de continuer les traditions de son maître vénéré. Si Esquirol avait aidé Moreau dans ses études, certes son affection n'était pas tombée sur une âme ingrate; jamais Moreau n'en parlait qu'avec les sentiments de la plus profonde gratitude, l'admiration la plus entière, et une jalousie toute filiale pour son enseignement et sa mémoire. La même bienveillance qu'il avait trouvée, Moreau aimait à la témoigner à ses nombreux élèves qui pour lui devenaient vite des amis.

Aux qualités du cœur, il joignait un esprit élevé, une intelligence supérieure et originale dont le cachet se retrouve dans ses nombreux écrits, sur les aliénés en Orient, la colonie de Cheel, l'identité du rêve et de la folie, le haschich et l'aliénation mentale, la psychologie morbide et la folie névropathique, pour ne citer que ses principaux travaux. Chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société médico-psychologique, Moreau nous appartenait comme un des fondateurs de la première heure, et depuis 1865 vous l'avez maintenu membre de notre conseil. Si ses nombreuses occupations le tenaient souvent éloigné de nos réunions, nous n'oublierons jamais qu'il fut pendant cette période de vingt années le généreux bienfaiteur de notre association.

Le 24 octobre, notre conseil et la famille aliéniste étaient de nouveau frappé par un coup des plus douloureux. Dans la personne d'Edouard-Jean-Baptiste Dumesnil, nous perdions un confrère des plus sympathiques et des plus estimés, au cœur droit, au conseil sûr et éclairé et au dévouement duquel on pouvait toujours faire appel. Né en 1812, dès 1847 il entrait au service des aliénés comme médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier, et, deux ans après, de celui de Dijon. Les qualités qu'il déploya dans ces directions le désignèrent bien vite pour un poste plus important, qui nécessitait des talents spéciaux et tout à fait supérieurs. La direction de l'asile de Quatre-Mares lui fut confiée en 1852, et c'est pendant sa longue direction, vingt années, que cet établissement fut transformé, on pourrait presque dire créé. Il dut s'y montrer à la fois médecin dévoué et consciencieux, architecte habile, administrateur émérite, agronome expérimenté; à ces besoins divers, Dumesnil répondait par des aptitudes merveilleuses et un labeur infatigable. Cette carrière déjà si bien remplie fut couronnée par l'inspection générale du service des aliénés, poste élevé dans lequel Dumesnil joignait à une grande bienveillance une expérience consommée. Membre de la Légion d'honneur, président de la Société médico-psychologique en 1876, membre du conseil de notre association depuis sa création, auteur de plusieurs travaux scientifiques, tels sont, en abrégé, les titres de notre regretté confrère dont la mémoire laissera parmi nous un souvenir et un exemple toujours présents.

A ces pertes, nous ajouterons celle du Dr Dumas-Auberger, décédé le 8 janvier dernier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Nectaire et médecin adjoint de l'asile Sainte-

Marie à Clermont-Ferrand. Frappé à l'âge de quarante-huit ans, Dumas servait les aliénés depuis 1870 et faisait partie de l'association comme membre sociétaire depuis 1882. Nos regrets l'accompagneront dans sa demeure dernière.

Nous mentionnerons aussi la mort du Dr Girard de Cailleux, décédé le 21 octobre 1884. Bien qu'il ait abandonné l'association depuis longues années, nous rendons ce dernier hommage à sa mémoire.

Successivement médecin-directeur de l'asile d'Auxerre, inspecteur général des asiles d'aliénés de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine, président de la Société médico-psychologique, officier de la Légion d'honneur, directeur de l'asile de Marsens (canton de Fribourg), Girard, malgré ces nombreuses occupations, avait encore trouvé le temps de publier de nombreux écrits sur la pathologie mentale, écrits qui perpétueront sa mémoire.

Depuis notre dernière réunion, notre conseil a admis comme membre fondateur le Dr Raffegeau, directeur d'une maison de santé privée, et comme membres sociétaires :

Le Dr Broquère, médecin adjoint de l'asile de Rennes,

Le Dr Gilson, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne.

Trois anciens fondateurs ont changé leur titre pour celui de sociétaire.

Par suite de ces différentes modifications, notre effectif se compose de 142 membres : savoir.

Membres fondateurs..	81
Membres sociétaires.....	59
Membres honoraires.	6
Total.......	142

C'est le chiffre le plus élevé qu'ait atteint l'association. Que chacun fasse un peu de propagande autour de lui, et nous le dépasserons, notre but n'est pas encore apprécié de tous. A nous de le faire connaître.

Les recettes pour l'année 1884 ont atteint le chiffre de 11.296 fr. 80. Ainsi réparties :

	Fr.	c.
Cotisations..................................	3.927	50
Subvention ministérielle....................	1.500	»»
Allocation du département de la Seine........	1.000	»»
Souscriptions d'asiles......................	2.000	»»
Intérêts de capitaux.....	2 879	30
Total.....................	11.306	80

Nous adressons ici nos remerciements au ministère de l'intérieur et aux administrations départementales pour leur généreux concours; nous avons, en effet, à la continuation du passé à ajouter la souscription de quatre nouveaux asiles : Blois, Dijon, Rennes, Auch, chacun pour la somme de 100 fr. et les asiles de Saint-Dizier et de Fains ont porté leur souscription de 50 fr. à 100 fr. Dans nos prévisions budgétaires de l'an dernier, nous vous annoncions un chiffre probable de recettes de 10.977 fr. Si vous vous reportez au total énoncé plus haut, 11.306 fr., vous voyez, messieurs, que, sans avoir majoré aucun article de nos recettes, elles nous donnent un excédent de 319 fr. qui nous offrent sécurité pour le présent et confiance pour l'avenir. C'est une bonne fortune que nous souhaiterions volontiers à tous les budgets petits ou grands.

Les asiles souscripteurs se trouvent actuellement au nombre de 25, ce sont les asiles de :

Asiles de	Dôle	100 fr.
	Mont-de-Vergues	100 »
	Aix	50 »
	Quatre-Mares	100 »
	Saint-Yon	100 »
	La Roche-Gandon	100 »
	Saint-Dizier	100 »
	Auxerre	100 »
	Prémontré	100 »
	Saint-Lizier	50 »
	Armentières	100 »
	Pau	100 »
	Toulouse	100 »
	Cadillac	50 »
	Châlons	100 »
	Fains	100 »
	Evreux	100 »
	Maréville	100 »
	Bron	100 »
	Bassens	100 »
	Bordeaux	100 »
	Dijon	100 »
	Blois	100 »
	Auch	100 »
	Rennes	100 »
	Total	2.350 »

De ce chef nous trouvons une recette nouvelle de 350 fr.

Pendant l'année 1884, l'association a distribué 7.500 fr., répartis en fractions de 100 à 800 fr. et répondant à tous les besoins qui se sont fait connaître, après examen approfondi par notre conseil des justifications jointes aux demandes. Cette somme porte à 75.600 fr. la totalité des secours distribués jusqu'à ce jour.

Récapitulation des recettes.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS d'asiles, allocations ministérielles, et départementales.	DONS Plus-value et remboursement de valeurs	INTÉRÊTS de capitaux.	TOTAUX.
1865 et 1866	5.800	»	»	58 40	5.858 40
1867	3.630	500	1.375.00	243 50	5.348 50
1868	3.590	875	»	377 30	4.842 30
1869	3.600	650	»	530 15	4 780 15
1870	3.664	725	»	638 65	5.027 65
1871	3.405	650	»	723 60	4.778 60
1872	3.370	1.200	»	784 65	5.354 65
1873	3.380	2.450	»	3.001 45	6.531 45
1874	3.335	2.250	1.404 75	4 486 »	8.475 75
1875	3.260	2.450	»	5.772 »	7.482 00
1876	3.390	3.450	»	6.835 50	8.675 50
1877	3.380	3.450	100 »	5.983 75	8.913 75
1878	3.645	3.650	100 »	2.455 60	9.550 60
1879	3.460	3.700	»	2.378 40	9.538 40
1880	3.319	3 310	»	2 488 20	9.502 20
1881	3 290	3.290	»	3.637 35	9.727 35
1882	3.305 (1)	3.850	50 »	2.734 15	9.939 15
1883	3 627 (2)	4 250	1.000 »	2.961 95	11.838 95
1884	3 927 50	4.500	»	2.879 30	11.306 80
TOTAL	68.145 50	45.200	4 029 75	28.664 90	146.572 15

1. Déduction faite des non-valeurs.
2. Y compris les restes à recouvrer.

Les dépenses et achats de valeur pour l'année 1884 se montent au chiffre de 9.027 fr. 45 ainsi décomposé :

	Fr.	c.
Secours à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés ne faisant pas partie de l'association........................	800	»»
Secours à trois veuves d'anciens internes d'asiles................................	500	»»
Secours à huit veuves de membres de l'association................................	4.600	»»
Secours au fils d'un ancien sociétaire.........	800	»»
Secours à un ancien médecin d'asile, sociétaire malade................................	800	»»
Frais d'administration......................	92	20
Achat de 60 fr. de rentes 3 0/0...............	1.435	25
Total............	9.027	45

Le nouveau placement de fonds porte le capital acquis à l'association, calculé au prix d'achat, au chiffre de. 68.234 30

	Fr.	c.
Savoir 1,440 fr. de rente 4 1/2 0/0............	31.854	60
835 fr — 3 0/0...............	21.595	25
43 obligations Midi..........................	13.465	80
4 obligations Lyon-Méditerranée.............	1.318	65
Total...............	68.234	30

Récapitulation des secours et frais.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRATION.	TOTAUX.
1865 et 1866	650	146 50	796 50
1867	1.550	64 40	1.614 40
1868	1.950	144 40	2.094 40
1869	1.500	51 70	1 551 70
1870	1.300	51 10	1.351 10
1871	1.800	66 60	1 866 60
1872	2.200	78 65	2.278 65
1873	3.200	147 30	3.347 30
1874	3 250	74 65	3.324 65
1875	3 800	51 90	3.851 90
1876	4.700	63 15	4.763 15
1877	5.150	56 35	5.206 35
1878	4.650	66 20	4.716 20
1879	4 900	45 25	4.945 25
1880	5.700	34 90	5.734 90
1881	6.700	75 80	6.775 80
1882	7.250	50 70	7.300 70
1883	7.850	64 20	7 914 20
1884	7.500	92 20	7.592.20
TOTAL............	75.600	1.426 75	77.026 25

Les prévisions budgétaires pour l'année 1885 sont établies de la façon suivante :

	Fr.	c.
Cotisations....................................	3.800	»»
Souscriptions d'asiles............................	2.300	»»
Allocation ministérielle............................	1.500	»»
Subvention du département de la Seine... ...	1 000	»»
Intérêts de capitaux............................	2.950	»»
Total..................	11.550	»»

Sur cette somme, conformément à l'art. 16 des statuts, nous pouvons disposer de 8,784 fr.

Le conseil, dans sa séance du 24 janvier, a alloué sur l'exercice 1885 et pour le premier semestre les secours suivants :

	F.	c.
A six veuves et au fils de membres fondateurs ou sociétaires..................................	2.250	»»
A un ancien médecin d'asile, sociétaire.........	400	»»
Total.............	2.650	»»

Ces sommes distribuées laissent un solde disponible de 6.134 fr. sur lequel le conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

1° La continuation du secours de 600 fr. que, depuis sa fondation, l'association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés, non sociétaire.

2° La faculté d'augmenter de 200 fr. ce secours, si pendant le cours de l'année le conseil le juge urgent et possible.

3° Un secours de 600 fr. à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asile.

4° 30 fr. accordé à un ancien médecin d'asile.

Ces différentes sommes versées laisseraient un solde de 4,704 fr. pour les nécessités du deuxième semestre qui, selon les prévisions, doivent se monter à la somme de 3,250 fr., il resterait encore 1,454 fr. pour les éventualités qui peuvent se prés

Ces différentes propositions mises aux voix sont adoptées.

Sur les 1,454 fr. restant disponibles, l'assemblée met à la disposition du conseil 500 fr. en faveur de la veuve d'un médecin aliéniste non sociétaire, si toutefois le conseil en reconnaît l'urgence après examen.

M. le Président : Par application de l'article 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement partiel du conseil et au remplacement de deux membres décédés, MM. Moreau et Dumesnil.

Les membres sortants et rééligibles sont MM. Mesnet, Rousselin, Billod et Sémelaigne.

Sont élus membres du conseil pour trois ans MM. Mesnet, Rousselin, Billod, Sémelaigne, Goujon et pour deux ans, en remplacement de M. Dumesnil, M. Bouchereau.

Séance levée à 4 1/4.

Mitivié.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 25 *février* 1885. M. Denizet a été nommé directeur de l'asile du Mans (4e classe, 4,000 fr.) en remplacement de M. le Dr Aubry, mis en disponibilité.
— *Arrêté du* 21 *mars* 1885. M. le Dr Fusier a été nommé directeur-médecin honoraire de l'asile de Bassens.
— M. le Dr Nolé, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), a été nommé au même titre à l'asile de Dijon en permutation avec M. le Dr Garnier.

NÉCROLOGIE

G. B. Miraglia. — Le professeur Miraglia, décédé le 14 mars dernier, a été successivement médecin adjoint et médecin en chef du manicome d'Aversa, situé à 45 kilomètres de Naples. C'était un praticien et un savant distingué, dont les travaux sont bien connus des lecteurs des *Annales;* tout récemment encore notre excellent collègue, M. Motet, analysait pour la Société médico-psychologique un intéressant rapport médico-légal qu'il avait publié sur un cas d'homicide; il s'agit de l'affaire du soldat Misdea qui a tant occupé le public en Italie (V. *Ann. méd.-psych.* no de mai 1885, p. 485). Depuis plusieurs années, Miraglia avait abandonné ses fonctions de médecin en chef d'Aversa et vivait retiré à Naples.

Voici le jugement porté sur Miraglia par M. Billod dans son intéressant volume sur *les Aliénés en Italie* (p. 302) : « Ses travaux scientifiques, fort nombreux, lui ont valu le titre de membre de l'Académie des sciences de Naples, et il est depuis longtemps membre associé étranger de notre Société médico-psychologique. Il est, on le sait, un adepte très convaincu de la phrénologie. J'ai vu chez lui des cheveux de Gall dans un médaillon que surmontait un buste en bronze de ce grand prêtre de la phrénologie, aux travaux duquel les recherches modernes sur les localisations cérébrales donnent un regain d'actualité.

» Il faisait, lorsque je suis arrivé chez lui, dessiner en ma présence la tête moulée de Bellini sur laquelle il me montrait, au niveau de la tempe, une proéminence plus marquée à droite qu'à gauche, et correspondant à ce que les phrénologues appellent l'organe de la musique. La tête de Volta a, paraît-il, fourni

à notre confrère de puissants arguments en faveur de la phrénologie. »

G. Buccola. — Le Dr G. Buccola, décédé le 5 mars dernier, était un des représentants les plus distingués de la jeune école psychiatrique italienne. Privat-docent de psychiatrie à l'Université de Turin, il était, en outre, rédacteur de la *Rivista di philosophia scientifica*; c'est par des travaux importants publiés dans cette revue et dans la *Rivista sperimentale di freniatria* du Dr Tamburini, qu'il s'est fait connaître. Il était, en Italie, le représentant le plus distingué des études de psychométrie qu'il avait résumées dans le meilleur livre qui existe sur ce sujet : *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero,* publié dans la *Bibliothèque scientifique internationale* (série italienne). La *Revue philosophique* de M. Th. Ribot, à laquelle nous empruntons ces renseignements, ajoute : « La psychologie physiologique perd en Buccola l'un de ses promoteurs les plus actifs et sur lequel on pouvait fonder les plus légitimes espérances. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Dans sa séance solennelle de mai 1885, la Société a proposé le sujet suivant, pour un prix à décerner en 1887 :

« *Des troubles de l'intelligence et de la sensibilité dans le tabes dorsalis.* »

Le prix est de la valeur de 300 fr.

Conditions générales du concours. — Les mémoires écrits *lisiblement* en français ou en latin, seront seuls admis à concourir. — Ils devront être adressés, *franco*, à M. le secrétaire général de la Société de médecine, rue des Lois, 30, *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, *terme de rigueur*. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée sur une enveloppe *cachetée* contenant *le nom de l'auteur*.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre compagnie savante, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois les auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu invariablement du 1er au 15 mai.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE. — RÉUNION EXTRAORDINAIRE

Conférences sur l'alcoolisme.

La réunion que la *Société de médecine mentale* de Belgique doit tenir à Anvers à l'occasion de l'exposition universelle, aura

lieu du 7 au 9 septembre 1885. Les séances du matin seront consacrées à la discussion des deux questions suivantes : 1° *Etablir les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés* ; 2° *Relations entre la criminalité et la folie*. Les séances de l'après-dîner seront remplies par diverses communications.

Quant au *meeting international contre l'abus des boissons alcooliques*, il se tiendra à Anvers les 11 et 12 septembre.

S'adresser pour les conférences de médecine mentale à M. le Dr Ungels, à Gand et pour celles sur l'alcoolisme à M. le Dr Moeller, 1, rue Montoyer, à Bruxelles.

UNE NOUVELLE COLONIE D'ALIÉNÉS EN BELGIQUE.

Le *Moniteur belge* du 13 février 1885, contient les documents suivants :

MINISTÈRE DE LA JUSTICE.

Bruxelles, le 11 février 1885.

RAPPORT AU ROI.

SIRE,

Le conseil provincial de Liège a résolu, dans sa dernière session, de créer, dans la commune de *Lierneux*, une colonie wallonne d'aliénés, à l'instar de celle qui existe à Gheel.

Dans cette dernière colonie, où l'usage de la langue flamande est presque exclusif, les aliénés, venant des provinces wallonnes, sont naturellement privés des relations que l'entente du langage peut seule procurer, ce qui rend leur position très pénible, malgré tous les bons soins dont ils sont entourés.

La création d'une colonie dans une commune de langue française, où les aliénés des provinces wallonnes trouveront, outre l'usage de la langue maternelle, des mœurs et des habitudes conformes à celles dans lesquelles ils ont été élevés, réalisera donc un grand bienfait.

Déjà une trentaine d'aliénés sont répartis dans la commune de Lierneux, où ils n'ont donné lieu à aucun inconvénient.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté le projet d'arrêté ci-joint, ayant pour objet :

1° D'approuver la délibération du conseil provincial de Liège en date du 13 janvier 1885 ;

2° D'autoriser la députation permanente du conseil provincial de Liège à diriger la colonie de Lierneux ;

3° D'approuver le règlement spécial adopté par la députation permanente, pour l'organisation de ladite colonie et annexé à l'arrêté.

Le Ministre de la justice,
J. DEVOLDER.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, SALUT.

Vu la résolution du conseil provincial de Liège, prise en séance du 13 janvier 1885, portant :

1° Qu'il sera créé dans la commune de Lierneux *une colonie*

wallonne d'aliénés, à l'instar de celle existant dans la commune de Gheel;

2° Que la députation prendra les mesures à cet effet et arrêtera le règlement de la colonie, sous réserve de l'approbation royale, et

3° Qu'un nouveau crédit de 5,000 francs, est mis à la disposition de la députation permanente pour faire face aux premiers frais d'établissement de la colonie;

Vu l'arrêté de la députation permanente du conseil provincial, en date du 17 janvier 1885, pris en exécution de la résolution précitée, qui adopte le règlement spécial y annexé, pour l'organisation de l'établissement d'aliénés de Lierneux;

Vu la loi du 28 décembre 1873-25 janvier 1874 et le règlement général et organique du 1er juin 1874;

Sur la proposition de Notre Ministre de la justice,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Art. 1er. La délibération du conseil provincial de Liége, en date du 13 janvier 1885, est approuvée.

Art. 2. La députation permanente du conseil provincial de Liège, est autorisée à diriger la colonie de Lierneux.

Art. 3. Le règlement spécial adopté par la députation permanente, pour l'organisation de la colonie de Lierneux, et annexé au présent arrêté, est approuvé.

Notre Ministre de la justice est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 11 février 1885.

LÉOPOLD.

Sur cette nouvelle colonie d'aliénés nous trouvons encore l'article suivant dans le numéro du 1er mars 1885 du *Moniteur Belge* :

Des colonies d'aliénés. — Lors de la discussion du budget du département de la justice pour l'exercice 1885, un honorable représentant a appelé l'attention du gouvernement sur le placement des aliénés.

Il a signalé les difficultés que l'on rencontre à obtenir place pour eux dans les établissements spéciaux, et a émis l'avis que la cause de cette situation réside dans l'abus que l'on fait de la nouvelle loi sur le domicile de secours.

Il voudrait que l'on vérifiât si partout les aliénés détenus se trouvent dans les conditions voulues, si les certificats n'ont pas été délivrés par complaisance et enfin, si les idiots ne prennent pas la place qui devrait être occupée par de véritables aliénés.

Depuis longtemps le gouvernement se préoccupe d'une situation qui tend à s'aggraver chaque jour davantage, ainsi que des mesures à prendre pour y remédier.

En vue de mettre un terme aux abus qui se produisaient sous ce rapport, le département de la justice a prescrit au, différents asiles d'aliénés d'examiner, avec soin, quelles sont parmi les personnes colloquées, celles qui pourraient, sans inconvénient, soit pour elles-mêmes, soit pour autrui, être placées dans un hospice ou une maison de refuge.

Quelques-unes des personnes de cette catégorie ont été mises en liberté et placées dans des hospices, mais les directeurs de ces établissements ont été poursuivis pour infraction à la loi sur les aliénés.

Acquittés en première instance, ils ont été condamnés en appel.

D'un autre côté, toutes les tentatives faites par le gouvernement, en vue de créer de nouveaux établissements d'aliénés sont venues échouer devant la volonté nettement arrêtée des autorités provinciales.

Depuis longtemps, M. l'inspecteur général des asiles d'aliénés poursuivait le projet de créer une colonie wallonne d'aliénés, semblable à celle de Gheel.

Ce projet, dont M. le gouverneur de la province de Liège a compris toute l'importance, vient de se réaliser et un arrêté royal du 11 de ce mois a autorisé l'ouverture d'une colonie spécialement affectée aux Wallons dans une commune de cette province, à Lierneux, qui, par une coïncidence remarquable, est, après Gheel, la commune la plus étendue du royaume.

Cette création ne constitue pas seulement un grand acte d'humanité, un immense bienfait pour les infortunés Wallons qui y trouveront un asile, les avantages qu'elle présente *au point de vue financier* ne sont pas moins importants.

C'est ce que démontre une notice, intitulée *Des colonies d'aliénés*, que vient de publier M. l'inspecteur général Oudart, et auquel nous empruntons le passage suivant, qui la termine (1):

« Les différents asiles d'aliénés contenaient, au 31 décembre 1884, 8,986 aliénés.

« Sur ce nombre 2,000 au moins pourraient, sans inconvénient, être conservés dans leurs familles si celles-ci avaient les moyens de les entretenir ou être placés dans une maison de refuge ou dans une colonie.

« Ils laisseraient ainsi des places pour les aliénés, *qui doivent nécessairement être enfermés* et l'on serait dispensé, d'ici à longtemps, de faire construire à grands frais des établissements spéciaux.

« Or, chaque place, dans ces établissements, coûte, en frais de construction, 3,500 francs au minimum. L'érection d'asiles, pouvant recevoir deux mille aliénés, entraînerait donc, pour les caisses publiques, une dépense de ce chef, de *sept millions*.

« Il faut, en outre, tenir compte des frais d'ameublement, de personnel, etc.

« D'autre part, le prix de la journée d'entretien est notablement moins élevé dans une *colonie* que dans un asile fermé.

« A Gheel ce prix est fixé, pour l'année 1885, à 84 centimes pour les aliénés ordinaires, tandis que le prix le moins élevé dans un asile fermé est de 1 fr. 12 c. pour les hommes et de 1 fr. 10 pour les femmes.

« Il y a donc encore, de ce chef, une économie de 167,900 fr. à faire annuellement par les communes.

(1) *Des colonies d'aliénés*; par Victor Oudart, inspecteur général des asiles d'aliénés du royaume. Gand, 1884.

« Les considérations et les chiffres qui précèdent démontrent l'immense service que rendrait aux communes et aux aliénés eux-mêmes, l'organisation de *colonies* qui présentent, en outre, le grand avantage de n'entraîner aucune dépense d'installation.

« Longtemps on a cru à l'impossibilité d'une pareille organisation. L'essai tenté à Lierneux prouve que cette opinion n'est pas fondée.

« On doit des remerciements à M. le gouverneur de la province de Liège pour l'intelligente initiative qu'il a prise, d'ouvrir la voie à un système qui, au point de vue financier comme au point du vue de l'humanité, est de nature à produire les meilleurs résultats.

« La notice qui précède était écrite quand a paru dans *la Revue des Deux-Mondes,* une étude de M. de Varigny sur la colonie de Gheel, dont la conclusion est : « Tout n'est pas parfait à Gheel ; que l'on y apporte les modifications de détail suggérées par la science et l'expérience, rien de mieux, ni de plus humain ; mais que, pour rien au monde, on ne touche au principe du traitement familial : *Il faut des siècles pour créer un Gheel.* »

« L'exemple de Lierneux prouve le contraire. »

Si, comme il faut l'espérer, l'organisation *de colonies d'aliénés* se généralise, une transformation complète de cette branche importante du service public ne peut manquer d'en être la conséquence.

Les asiles spéciaux seront rendus alors à leur véritable destination : celle *de recevoir les aliénés dangereux pour autrui et pour eux-mêmes.*

Quant aux aliénés auxquels s'appliquent les instructions dont il est parlé ci-dessus, ils seront placés dans les colonies, où ils se trouveront dans des conditions incontestablement plus favorables que dans un asile fermé, tout en n'occasionnant aux communes que des frais moins élevés.

Leur exclusion des asiles laissera vacantes des places qu'ils occupaient indûment et ainsi les caisses publiques seront exonérées des frais considérables que nécessiterait l'érection de nouveaux établissements.

INCENDIE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE VILLEJUIF.

Lundi 10 février à huit heures et demie, un incendie a éclaté sans cause connue à l'asile d'aliénés de Villejuif dans un baraquement en planches servant de cuisine, de buanderie, de lingerie, de bains pour des gens de service. Ce baraquement est situé à dix mètres du bâtiment du premier et deuxième quartier, occupés par 80 aliénés. Les secours ont été organisés avec le plus grand zèle. Les malades ont été évacués sur les autres quartiers sous la direction de M. Barroux, directeur, de M. le Dr Briand, médecin en chef et des internes. Les surveillantes et les infirmières laïques ont opéré le transport des malades avec un sang-froid et un dévouement dignes des plus grands éloges. Les pompiers sont accourus de toutes les communes

environnantes. Malheureusement *l'eau manquait complètement à l'asile;* on n'a pu en trouver, après beaucoup de difficultés, qu'à 800 mètres de l'asile. Deux sous-employés, le cuisinier et le garde-magasin en voulant sauver du linge se sont laissés prendre par les flammes et, en sautant du premier étage, se sont fait des contusions légères heureusement. Les dégâts sont évalués à 125,000 francs environ. — Nous reviendrons prochainement sur le service des eaux dans les établissements hospitaliers et sur l'insuffisance des précautions contre *les incendies.*

(Le *Progrés médical* du 21 mars 1885.)

Faits divers.

Un tuteur d'aliénés condamné pour abus de confiance. — La Cour d'appel de Bruxelles vient de condamner à sept ans de prison et à dix ans d'interdiction des droits civils et politiques un juge suppléant près le tribunal de première instance de cette ville, Charles de Ryckman, le même qui, chargé, en 1878, par son ami Eugène T'Kint d'organiser sa défense devant la Cour d'assises, avait trouvé tout simple d'empocher, sans en rien dire aux autres avocats, les 40,000 fr. laissés par la Banque de Belgique à la disposition de T'Kint pour payer ses défenseurs. Le conseil de l'ordre des avocats de Bruxelles avait infligé, à ce propos, un blâme au sieur de Ryckman, ce qui n'avait pas empêché celui-ci de rester juge suppléant au tribunal et curateur (syndic) de faillites.

Il en a profité, comme curateur, pour détourner de l'actif de six faillites une somme d'environ 24,000 fr.; et, comme magistrat, ayant été nommé tuteur de deux malheureux aliénés, pour soustraire du modeste avoir de ces infortunés une vingtaine de mille francs environ.

L'inculpé avait fait défaut, mais des ordres sévères ont été donnés pour le rechercher et l'arrêter n'importe où.

(*Le Temps*, numéro du dimanche 8 mars 1885.)

— Un procès en divorce qui passionnait depuis longtemps l'aristocratie anglaise, s'est terminé hier à Londres.

Le comte de Durham demandait le divorce contre sa jeune femme, qui, prétendait-il, était folle au moment où il l'a épousée, il y a un an et demi environ.

La Cour a repoussé la demande; le jugement déclare que lady Durham n'était nullement folle lorsqu'elle s'est mariée, qu'elle a eu seulement le tort d'épouser un homme qu'elle n'aimait pas, alors qu'elle en aimait un autre; que, d'autre part, le comte n'a rien fait pour conquérir l'affection de sa femme, et que, si elle est maintenant faible d'esprit, elle l'est devenue depuis son union.

(*Le Temps*, numéro du jeudi 12 mars 1885.)

— Les médecins aliénistes de Trenton (New-Jersey, Etats-Unis) auront à examiner, samedi prochain, l'état mental d'un vieillard atteint, croit-on, de la monomanie des grandeurs et des persécutions, et qui réclame la protection des Etats-Unis contre ses prétendus ennemis. Ce malheureux se dit descen-

dant en ligne directe de Napoléon Ier, et prétend s'appeler Baptiste Bonaparte. Il aurait été volé à sa famille, étant encore enfant, et vendu à des exploiteurs qui l'ont amené en Amérique. M. Abbot, gouverneur de l'Etat de New Jersey, a pris, paraît-il, ses réclamations en considération, l'a prié de lui adresser un mémoire par écrit et a chargé les médecins aliénistes d'examiner son état.

(*Le Temps*, numéro du jeudi 12 mars 1885.)

Les aliénés en liberté. — Le nommé Devant, propriétaire, commune de Beaumont-en-Véron (Indre-et-Loire), était, paraît-il, atteint depuis longtemps de cette variété d'aliénation mentale qu'on appelle le délire de la persécution.

Mardi dernier, dans la soirée, il s'arma de son fusil, puis il alla trouver sa femme qui, voyant l'état de surexcitation dans lequel il se trouvait, s'était réfugiée chez une voisine. Cette dernière avait fermé sa porte en le voyant arriver, et, comme Devant persistait à vouloir entrer, sa femme dit à sa voisine : « Ouvrez-lui la porte, il casserait les carreaux de la fenêtre. »

La porte fut ouverte et la femme Devant sortit dans la rue. Aussitôt son mari la mit en joue, visant en pleine poitrine. La pauvre femme affolée eut cependant assez de sang-froid pour faire dévier le canon du fusil. Le coup partit, et elle fut atteinte légèrement au bras.

Devant, croyant sa femme morte, se tira ensuite un coup de fusil sous le menton; toute la mâchoire inférieure a été enlevée.

On dit aujourd'hui que les jours du blessé sont en danger. Quant à sa femme, il ne lui reste plus qu'une frayeur bien compréhensible.

(*La Petite France*, n° du dimanche 29 mars 1885.)

— Les formalités administratives pour interner les aliénés ont parfois des conséquences dangereuses. Depuis quelque temps, le nommé Gras, âgé de vingt-neuf ans, demeurant à Lacapelle-Bonance (Aveyron), avait donné des signes non équivoques de folie ; son père avait demandé son admission dans un asile d'aliénés, sans avoir pu l'obtenir encore. Dimanche, Gras père était assis à son foyer, lorsque le fou, s'approchant de lui par derrière, lui asséna un coup de massue qui l'étendit raide mort.

(*Le Temps*, du 7 avril 1885.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de G. ROUGIER et Cie, r. Cassette, 1.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

INAUGURATION DE LA STATUE DE PH. PINEL.

Honorer ses morts illustres, est bien ; — consacrer leur mémoire par un signe durable, est mieux encore.

Ainsi a voulu faire la Société médico-psychologique de Paris pour Pinel. N'écoutant que les inspirations de son respect, elle a, au prix de mille efforts, triomphé de tous les obstacles, elle a éveillé de généreuses sympathies, elle a trouvé non plus seulement autour d'elle, mais auprès de l'Etat, auprès des corps élus de la Ville de Paris, à l'étranger comme en France, le concours qu'il lui fallait pour mener à bien sa difficile entreprise. — Elle a réussi.

Après une longue attente elle a pu, enfin, inaugurer la statue de Pinel sur la place de la Salpêtrière.

Rien n'aura manqué pour donner à cette manifestation tout l'éclat qu'elle comportait; le choix de la date, le

13 juillet, la rattachait à notre fête nationale; la présence du Préfet de la Seine et du Préfet de police, des Présidents du Conseil municipal et du Conseil général, des délégués du Ministre de l'intérieur, du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, de l'Institut, de l'Académie de médecine, du Directeur de l'administration générale de l'assistance publique, des représentants de la Presse, etc., donnait à cette solennité un caractère d'imposante grandeur. Ce n'était plus seulement une société savante glorifiant l'un des siens; c'était un hommage public rendu à un grand citoyen, dont le caractère, la dignité de la vie, les services à l'humanité, à la patrie, venaient, aux acclamations de tous, recevoir la récompense la plus haute comme la mieux méritée.

L'œuvre magistrale de M. Ludovic Durand n'est plus à louer. Il s'est merveilleusement inspiré d'une touchante légende ; Pinel debout, la tête légèrement inclinée, regarde une aliénée assise à ses pieds. — La malade dont il a brisé les chaînes semble lui offrir des fleurs ; dans cette composition largement traitée, mais simple et douce, les sentiments et l'idée sont exprimés dans un harmonieux ensemble, avec un charme pénétrant. La Science et la Charité complètent le groupe ; adossées aux faces latérales du piédestal, elles symbolisent la mission de Pinel et la révèlent sous son double aspect, humanitaire et scientifique.

La Société médico-psychologique était là: son Président M. le Dr DAGONET, ayant à ses côtés M. le Préfet de la Seine et M. le Président du Conseil municipal, porta le premier la parole en son nom. C'était à lui qu'il appartenait de saluer les descendants de Pinel, MM. Honoré et Charles Pinel, et leurs familles, les hommes éminents qui avaient répondu à notre appel, de dire ce que la Société médico-psychologique avait voulu faire. Avec un sentiment de légitime fierté, il pouvait, enfin, montrer la statue « d'un grand et illustre citoyen » élevée par nos soins ; pieux hommage

destiné à perpétuer le souvenir d'un homme de bien, celui de la respectueuse admiration de la Société savante, gardienne fidèle de ses principes, de sa doctrine.

M. le Dr Robinet, vice-Président du Conseil municipal, avait toute qualité pour parler de l'œuvre de Pinel; à Paris, le Conseil municipal et le Conseil général ont à pourvoir au budget, à l'administration des asiles d'aliénés, à la tutelle même des malheureux hôtes de ces demeures.

Il pouvait mettre avec orgueil en parallèle, ce qu'étaient autrefois la Salpêtrière et Bicêtre, ce que sont devenus depuis, les asiles du département de la Seine. Dans cette page émouvante, M. Robinet a rappelé de douloureux détails; et c'est avec un sentiment plus vif encore de reconnaissance que nos regards s'élevaient sur Pinel, le grand réformateur d'un système odieux.

M. le Préfet de la Seine, dans une allocution aussi fine que délicate, a remercié la Société médico-psychologique de sa généreuse initiative. Acceptant officiellement l'offre que nous faisions à la ville de Paris de la statue de de Pinel, le premier magistrat de la grande cité en a pris occasion pour saluer les médecins des grands asiles de la Seine, pour dire en quelle haute estime sont tenus leur dévouement et leur savoir. A notre tour, nous ne saurions nous montrer trop reconnaissants d'un éloge qui visait notre compagnie, que nous pouvions accepter avec un orgueil légitime.

Tout le monde, d'ailleurs, a eu sa part, dans ce discours, et par une inspiration des plus heureuses, au souvenir de Pinel, M. le Préfet de la Seine a évoqué la mémoire de Pussin, « ce serviteur modeste » qui, lui aussi, à côté du maître, fut bon et dévoué pour les aliénés confiés à sa garde.

M. le Dr Legrand du Saulle a pris à son tour la parole.

Le comité d'organisation de la souscription à la statue de Pinel lui avait, dès le début, délégué tous ses pouvoirs. M. Legrand du Saulle a pendant près de sept années surveillé tous les détails; personne mieux que lui n'a connu les difficultés d'exécution d'une pareille entreprise; nous, ses collègues qui savons tout ce qu'il a fait, nous lui devions de le prier de le venir dire. Il avait été à la peine, il était juste qu'il fût à l'honneur. Avec une discrétion modeste, il a oublié volontairement ses efforts pour ne parler que de ses succès; c'était une manière de rehausser les mérites de ceux qui nous sont venus en aide; en laissant les siens dans l'ombre, M. le Dr Legrand du Saulle nous donne le droit de le remercier de son activité qui ne s'est jamais lassée, il doit trouver sa récompense dans le succès d'une œuvre pour laquelle il a tant et si bien travaillé.

En retraçant rapidement l'historique de la Société médico-psychologique, l'orateur a été tout naturellement amené à parler du Président du Comité d'initiative de la statue de Pinel; ce que tout le monde pense du maître, il l'a exprimé en quelques phrases heureuses qu'il est de notre devoir de reproduire :

« Ce clinicien si remarquable, ce professeur libre si « suivi et si écouté pendant plus de vingt ans, a passé « trente-deux ans de sa vie à la Salpêtrière et a été l'un « des continuateurs les plus ardents de Philippe Pinel. « Il a eu le rare bonheur de voir survivre et persévérer « toutes ses œuvres, et, à cette heure solennelle, si M. Baillarger est retenu loin de nous par quelques soins à donner « à sa santé, il est présent du moins par la pensée et par « le cœur. Aussi lui adressons-nous d'ici nos respectueuses « cordialités et nos vœux les meilleurs. »

La Société médico-psychologique toute entière a applaudi aux paroles de respectueuse sympathie qui, dans cette circonstance solennelle, ont été adressées par M. Le-

grand du Saulle, à notre vénéré maître, M. Baillarger. Il y a eu là un de ces actes spontanés qui ne sont pas seulement une inspiration heureuse, mais un acte de suprême justice, auquel nous nous sommes tous associés du fond du cœur.

M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, avait été chargé par elle de prononcer l'éloge de Pinel. Il s'est tiré avec un rare bonheur de cette tâche rendue difficile par le peu de développements qu'il était permis de lui donner. Sous sa forme concise, l'éloge de Pinel est l'une des pages remarquables écrites par la plume si fine de M. Ritti; on l'a écouté avec une religieuse attention, on le lira avec le plaisir le plus vif. Esquissant à grands traits cette vie si belle, si utile, M. Ritti a su mettre en relief les côtés saillants du caractère de Pinel, donner des détails anecdotiques, et maintenir sous le charme de sa parole ses auditeurs qui lui eussent certainement donné volontiers plus de temps qu'il n'a cru devoir leur en demander. Leurs applaudissements ont assez dit à M. Ritti qu'il avait été non seulement le fidèle, mais le très éloquent interprète de la Société médico-psychologique.

M. Pichon, membre du Conseil municipal pour le quartier de la Salpêtrière, est monté à la tribune, et dans une allocution chaude, puissante, dont chaque phrase portait, dans une succession de pensées, de souvenirs d'une élévation supérieure, il a fait à Pinel, citoyen, philanthrope, savant, sa grande et large place dans le mouvement scientifique contemporain de la Révolution française.

Après ce discours, la séance fut levée.

L'administration de l'Assistance publique avait gracieusement mis à la disposition de la Société médico-psychologique une vaste salle dans les bâtiments de l'hospice de la Salpêtrière, et M. Le Bas, avec une courtoisie dont nous ne

saurions assez le remercier, s'était chargé de pourvoir à sa décoration. Là, nous avons pu recevoir ceux qui, par leur présence, avaient tant contribué à donner à cette fête le caractère que nous lui avions souhaité. La journée restera dans les annales de la Société médico-psychologique, parmi les plus heureuses, les plus brillantes. Nous avons vu se joindre à nous les représentants de la ville de Paris, les premiers parmi les membres élus de son Conseil municipal, de son Conseil général, les corps savants, et parmi ces hommes distingués, venus avec un empressement dont nous avons le droit d'être fiers, M. le sénateur Roussel avait voulu nous témoigner tout l'intérêt qu'il porte aux graves problèmes qui, d'ordinaire, s'agitent dans nos séances. M. le premier Président de la Cour de cassation, M. Barbier, président du Conseil de surveillance des asiles de la Seine, s'était souvenu de sa collaboration avec nous au Congrès de médecine mentale de 1878; il a pu voir que nous n'avions pas oublié, non plus, son intervention si utile dans nos discussions sur les asiles pour les aliénés dits criminels, et que le temps, non seulement n'avait rien effacé, mais plutôt qu'il avait accru encore, s'il était possible, les sentiments de notre profond respect.

La Société de médecine mentale de Belgique s'était fait représenter par l'un de ses membres les plus distingués, M. le Dr Semal, médecin en chef, directeur de l'asile de Mons; choix heureux, car M. le Dr Semal nous tient de près, par le succès d'abord, nous aimons à nous souvenir qu'il est le premier lauréat de notre prix Aubanel, et par les liens de famille avec l'un des nôtres.

L'honorable docteur Hack Tuke, ancien président de la Société médico-psychologique d'Angleterre, empêché de se rendre auprès de nous, a voulu nous adresser son sympathique souvenir; sa lettre mérite d'être reproduite ici en entier. M. le Dr Hack Tuke est le petit-fils de l'homme de bien qui, en fondant et organisant la « Retraite d'York »,

appliquait aux aliénés, presque au même moment que Pinel, les principes de bienfaisance, de charité, qui devaient modifier si profondément les conditions de leur misérable existence.

« J'ai reçu, nous dit-il, de la Société médico-psychologique de Paris, l'invitation d'assister le 13 juillet, à l'inauguration de la statue de Pinel ; je m'empresse d'adresser aux membres de la Société mes remerciements les plus sincères pour l'honneur qu'ils me font. Je regrette de ne pouvoir répondre, comme je l'eusse désiré, à cette invitation. J'aurais eu le plus grand plaisir à prendre part à cette solennelle inauguration, et à témoigner par ma présence, des sentiments d'admiration que j'éprouve pour cet illustre médecin, plus que médecin, en vérité, pour cet ami des faibles, des aliénés. Plus j'étudie la vie et l'œuvre de Pinel, plus j'apprends à l'apprécier, à vénérer sa mémoire. Peut-être pourra-t-on trouver dans votre pays un homme plus grand que lui dans le monde médical, en se plaçant à un point de vue exclusivement médical : mais je suis sûr que vous penserez avec moi, qu'il n'y a pas eu en France de médecin plus réellement grand, si on le juge d'après l'élévation de ses sentiments, de son dévouement à ses semblables infortunés ! « *Homo homini deus, si officium sciat.* » Et, en vérité, l'œuvre de Pinel prouve qu'il a été pour les aliénés un envoyé de Dieu. Il reste, pour la France, la grande figure à laquelle les médecins aliénistes rendent un juste hommage, et il est dans d'autres pays beaucoup de médecins qui veulent se joindre à eux.

« Vous aviez raison en pensant que je devais prêter un intérêt tout spécial à cette transformation humanitaire opérée par Pinel, par cette raison que l'un de mes ancêtres qui, en 1792, fondait la Retraite d'York, était son contemporain, et s'efforçait comme lui d'instituer un système de traitement plus intelligent et plus humain pour les aliénés.

« Des médecins étrangers, depuis Delarive en 1798 jusqu'à Ferrus et Parchappe, ont rendu largement justice à la part si importante prise par la « Retraite d'York » à la réforme des abus auxquels se livraient alors les gardiens des aliénés. Il n'a jamais été nécessaire (et je ne crois pas, vraiment, que personne en ait jamais eu le désir) d'opposer les réclamations de l'Angleterre à celles de la France. Il y a dans ce monde, assurément, assez de maux, assez de souffrances, pour le peu de Réformateurs qui surgissent de temps à autre; il n'est pas besoin de les mettre entre eux dans un état de rivalité hostile. Espérons plutôt qu'il en surgira davantage si l'occasion venait à réclamer leur présence.

« Permettez-moi pour conclure, d'exprimer le vœu que votre réunion à la Salpêtrière ait un plein succès, digne de la circonstance. Ne pouvant être en personne au milieu de vous, je serai certainement avec vous par le cœur, avec vous, mes chers collègues, parmi lesquels je compte tant d'amis.

« Lyndon-Loge. — Hanwell, 10 juillet. »

Le vœu de l'honorable D[r] Hack Tuke a été dépassé même. Ceux qui, comme lui, ont été empêchés de se joindre à nous, nous ont envoyé leur cordial, leur sympathique souvenir. L'inauguration de la statue de Pinel a été comme la fête d'un aïeul dans une famille nombreuse dont les hasards de la vie ont dispersé quelques membres. Nos chers absents ont adressé leur lettre émue ; qu'ils le sachent bien, elle a été lue, elle est conservée, elle reste le témoignage de l'union solide, durable, entre tous les membres de la Société médico-psychologique, non pas seulement sur le terrain scientifique, mais aussi dans les relations confraternelles.

A. M.

ÉLOGE

DE

PHILIPPE PINEL

PRONONCÉ

AU NOM DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

par M. le Dr Ant. RITTI
Secrétaire général de la Société,
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

MESSIEURS,

Par une heureuse inspiration, on a complété ce monument élevé à la gloire d'un médecin par deux figures allégoriques : la Science et la Bienfaisance. Que de choses grandes et généreuses a produites l'union de ces deux forces sociales! Certes, par la seule puissance de son esprit, le savant de génie arrive aux plus merveilleuses découvertes, et crée ces théories sublimes qui conduisent l'intelligence sur ces hauteurs sereines où elle se plaît à s'élever; mais pour rendre à l'Humanité un de ces services qui excitent la vénération des contemporains et la reconnaissance de la postérité, il faut, s'inspirant d'un sentiment élevé, féconder son savoir par un ardent amour de ses semblables; il faut être, selon l'heureuse expression de Voltaire, un « enthousiaste du bien moral ». Philippe Pinel en est un exemple éclatant.

Cet homme de bien naquit le 20 avril 1745, dans un petit village du Languedoc, à Saint-Paul, près de Castres. On le destinait à l'église; mais son ardeur pour l'étude des mathématiques et des sciences naturelles n'indiquant pas

une vocation bien arrêtée, son père, modeste médecin de campagne, l'autorisa à faire ses études médicales à Toulouse. Dès qu'il fut reçu docteur, il se rendit à Montpellier, où il vécut pendant près de quatre ans, donnant des leçons pour vivre et consacrant ses loisirs à se perfectionner dans la pratique de son art sous la savante direction de Barthez. C'est là qu'il se lia de l'amitié la plus tendre avec l'un des créateurs de la chimie industrielle, avec l'illustre Chaptal.

Paris l'attirait, et l'occasion s'en présentant, il s'y rendit léger d'argent, mais riche de savoir et d'espérance.

Ce savoir était des plus étendus : mathématiques, sciences physiques et naturelles, médecine, il avait tout appris, tout approfondi ; il cultivait même avec amour les lettres et la philosophie, et avait pour la lecture des poètes cette prédilection marquée qu'ont toutes les natures délicates et élevées.

Ses débuts à Paris, où il arriva en décembre 1778, furent difficiles ; une timidité insurmontable, qui était le fond de son caractère, n'était pas le moindre obstacle à son succès. Heureusement le hasard, qui fait quelquefois bien les choses, l'amena à se lier d'amitié avec le botaniste Desfontaines ; grâce à lui, il entra en relations avec plusieurs savants distingués, qui apprécièrent vivement l'étendue de ses connaissances et la justesse de son esprit. C'est alors qu'il eut la satisfaction d'être admis dans la Société d'Auteuil.

De tous ces brillants salons du dix-huitième siècle, où s'étaient élaborées et développées les idées modernes, celui de M[me] Helvétius était en quelque sorte un des derniers survivants ; il n'en était pas le moins sérieux. On y conservait et continuait l'esprit et l'œuvre des encyclopédistes : c'était, selon les paroles d'un historien (1), « une académie

---

(1) Damiron, *Essai sur l'histoire de la philosophie en France au dix-neuvième siècle*, 3[e] édition, t. I, p. 43.

« intime, et un institut d'entre-soi, dans lequel, par pur « zèle, par pur amour pour la science, on venait poursuivre « des études pour lesquelles on avait besoin du commerce « familier de la pensée. » Condorcet, Garat, Volney, Destutt de Tracy, Fauriel, Richerand, et la plupart des savants et des philosophes de l'époque s'y rencontraient; mais l'âme de ces réunions était Cabanis. L'affectueux et bienveillant Cabanis, que le poète Andrieux, dans un vers, a pu tout naturellement comparer à Fénelon, introduisit Pinel dans ce cénacle. Ces deux cœurs généreux étaient faits pour s'entendre : de ce commerce amical, si noble et si désintéressé, allait sortir une des plus belles réformes que notre époque ait produites.

La Révolution venait d'éclater, soufflant partout cet esprit de rénovation qui devait transformer notre société. Ce sera son éternel honneur d'avoir porté hardiment cet esprit dans les questions d'assistance publique et de s'être faite ainsi la sauvegarde des intérêts des misérables, des malades et des infirmes. L'histoire n'oubliera pas les noms des trois hommes qui, s'inspirant du célèbre rapport de Tenon, imprimèrent à ce service une direction nouvelle plus conforme aux progrès de la science et aux sentiments d'humanité. Cabanis, Cousin et Thouret, que le mouvement des affaires avait portés à la tête des hôpitaux, firent appel au dévouement de leurs amis pour les aider dans la difficile tâche qu'ils avaient entreprise. Sur les instances de Cabanis, Pinel accepta d'être nommé médecin de Bicêtre : le savant modeste et bienfaisant, qui jusqu'alors s'était tenu à l'écart, trouvait enfin une tâche digne de lui.

C'était dans les derniers mois de 1792. Bicêtre, à la fois hospice, hôpital, maison de force et de correction, présentait à cette époque le plus triste aspect. La partie réservée aux aliénés comprenait une série de loges, toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de lumière et ne contenant qu'un lit de paille que l'on renou-

velait rarement. Ceux que l'on enfermait dans ces réduits infects, étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Ces malheureux fous, chargés de chaînes et garrottés comme des forçats, se trouvaient livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens. Les cruels traitements qu'ils subissaient, leur agitation trop souvent poussée jusqu'à la fureur, leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements que rendait encore plus effrayant le bruit de leurs fers.

A ce spectacle lamentable, Pinel fut pris d'une immense pitié. Par une intuition de génie — les grandes pensées viennent du cœur — il comprit que le seul moyen d'améliorer le sort de ces pauvres aliénés, de calmer la constante violence à laquelle ils étaient en proie, c'était l'emploi de la douceur, de la bonté et de la justice; c'était avant tout la suppression de ces moyens de contrainte dignes de la barbarie.

Mais, en certains cas, vouloir faire le bien ne suffit pas, il faut y être autorisé. Pinel ne s'arrête pas pour si peu. Surmontant sa timidité naturelle, il se présente à la Commune de Paris, et, devant cette assemblée, il plaide la cause des malheureux confiés à ses soins, il fait appel à tous les sentiments dont son cœur déborde pour convaincre ses auditeurs et à la manière dont on l'écoute, il croit avoir cause gagnée, lorsqu'une voix l'interrompt :

— « Citoyen, dit-elle, j'irai demain à Bicêtre te faire une « visite; mais malheur à toi si tu nous trompes, et si parmi « tes insensés tu recèles des ennemis du peuple!... »

Celui qui parlait ainsi, était Couthon.

Le lendemain, le terrible conventionnel se rend à Bicêtre; plein de défiance, il veut tout voir, interroger lui-même les aliénés les uns après les autres : partout il ne recueille que les injures les plus grossières; partout il n'entend que cris et vociférations. Impatienté de la mo-

notonie d'un tel spectacle, il se retourne vers Pinel :

— « Ah ça! citoyen, lui dit-il, es-tu fou toi-même, de « vouloir déchaîner de pareils animaux?

— « Citoyen, lui répond celui-ci, j'ai la conviction que « ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les « prive d'air et de liberté, et j'ose espérer beaucoup de « moyens tout différents.

— « Eh bien! fais-en ce que tu voudras, je te les aban- « donne; mais j'ai grand'peur que tu ne sois victime de ta « présomption (1). »

Se croyant suffisamment autorisé par ces paroles de Couthon, Pinel, sans perdre un instant, se met, le jour même, à l'œuvre. Il entre seul dans les loges, aborde avec calme les aliénés, quelle que soit leur fureur, leur prodiguant des paroles de consolation et d'espérance; puis, les délivrant des pesantes chaînes qui les retiennent, il leur donne la liberté de se promener et le moyen de respirer un air plus pur que celui de leurs cachots. Quarante malheureux qui gémissaient sous le poids des fers depuis de nombreuses années, furent ainsi rendus à la lumière du jour. L'un d'eux, qui était resté dix-huit ans enfermé dans une cellule obscure, fut pris d'une sorte de ravissement, lorsqu'il put contempler les premiers rayons du soleil : « Ah! qu'il y a longtemps, s'écria-t-il, que je n'ai vu une « si belle chose (2)! »

Les heureux résultats de cet acte philanthropique ne se firent pas attendre : l'état d'effervescence, entretenu par l'emploi de procédés barbares, se dissipa progressivement; au tumulte et au désordre succédèrent bientôt le

(1) Cette scène a été diversement racontée; nous en empruntons le récit à un mémoire rédigé par Scipion Pinel d'après les papiers de Philippe Pinel, son père (*Bicêtre en 1792; de l'abolition des chaînes*, in *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. V, Paris, 1836, p. 31).

(2) Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition, Paris, 1809, p. 202.

calme et l'harmonie. « L'usage gothique des chaînes de fer » avait fait son temps; une ère nouvelle venait de s'ouvrir pour les aliénés, celle de la bonté, de la douceur et de la bienveillance. Ceux qu'on avait traités jusque-là comme des parias de la société, qu'on avait craints comme des bêtes fauves, se trouvaient enfin réhabilités et définitivement élevés à la dignité de malades.

Tout l'honneur de cette grande réforme revient à Pinel; mais, à l'exemple de ce bienfaiteur de l'humanité, aussi juste que bon, nous devons rappeler la part qu'y a prise son modeste et dévoué collaborateur, le surveillant Pussin. Cet homme peu cultivé, mais d'un cœur tendre et compatissant, fut l'auxiliaire le plus précieux et le plus fidèle du Maître : jamais il ne faillit à son devoir, jamais son zèle ne se ralentit, quelque difficile, quelque pénible même que fût la tâche à remplir.

Après deux ans de séjour, ou plutôt de complète abnégation de soi-même, Pinel quitta Bicêtre, non pour se reposer, mais pour porter à l'hospice de la Salpêtrière l'heureuse révolution qu'il venait d'opérer. Là il trouva les mêmes abus, les mêmes atrocités; il eut à vaincre bien des difficultés et, le dirai-je? à combattre certaines résistances. Sa calme obstination sut venir à bout de tout : résistances et difficultés furent surmontées, et les chaînes des folles de la Salpêtrière tombèrent comme étaient tombées celles des fous de Bicêtre.

Pour rendre la réforme plus complète et plus efficace, un progrès important restait à faire.

Lorsque dans Paris, un individu était pris d'un accès de folie, on le dirigeait d'abord sur l'Hôtel-Dieu. Quelle que fût la forme de son délire, il y était soumis à des saignées répétées, y prenait force bains et douches; parfois, on lui administrait quelques grains d'ellébore ou quelque antispasmodique. On conçoit aisément les résultats déplorables d'un traitement aussi uniforme que peu ra-

tionnel. Après un ou deux mois d'un tel régime, que de malades tombaient dans le plus complet état de stupeur, présentant tous les symptômes de l'anéantissement des fonctions physiques et morales! En s'élevant contre une médication aussi peu scientifique, Pinel critiqua surtout la phlébotomie obligatoire dans la folie; et, indiquant le remède à côté du mal, il réclama la suppression du traitement préalable de l'Hôtel-Dieu et demanda le transport immédiat des malades dans les hospices d'aliénés, pour y recevoir des soins plus humains et plus conformes à la nature de leur affection. Il n'eut ni paix, ni trêve jusqu'au jour où les pouvoirs publics, lui donnant gain de cause, adoptèrent une organisation nouvelle.

De telles améliorations, en profitant aux malades, servaient aussi la science. L'observation de la folie, rendue plus facile, permettait de mieux la connaître, d'étudier de plus près ses formes si variées. Pinel acquit ainsi cette « expérience éclairée », ce grand sens clinique, qui caractérisent son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Ce livre fait époque dans la science. On ne le relit pas aujourd'hui sans une certaine émotion : savoir profond et étendu, descriptions exactes et précises, style austère et grave, tout y est réuni pour satisfaire l'esprit; mais le cœur est profondément saisi, lorsqu'on arrive aux chapitres où l'auteur, traçant les règles à suivre dans le traitement moral de la folie, raconte avec une éloquente simplicité les réformes qu'il a accomplies et indique celles qu'il espère du progrès des connaissances. Ces pages, tout empreintes du sentiment humanitaire de la philosophie du dix-huitième siècle, sont comme la déclaration des droits de l'aliéné à la sympathie universelle et des devoirs du médecin envers ce blessé de l'intelligence.

A côté du philanthrope et de l'aliéniste, il y avait en Pinel le savant au vaste esprit de généralisation. Portant la méthode analytique et le procédé de la nomenclature

dans l'étude de la médecine, il s'est appliqué à grouper, dans sa *Nosographie philosophique*, les maladies, à la manière des naturalistes, par classes, ordres, genres et espèces. Cet ouvrage, que les progrès de la science ont jeté dans l'oubli, eut, à l'époque, un immense retentissement; il devint bientôt classique et son auteur prit rang parmi les médecins les plus renommés de l'Europe. Par le nombre et la valeur de ses disciples, il se trouva placé à la tête d'une école médicale que l'on appela l'école de Pinel, par opposition à l'école de la Charité, dont le chef était l'illustre Corvisart. Pinel recevait ainsi la récompense la plus chère que puisse désirer le penseur.

Cet homme si digne de son siècle, et par le cœur et par l'esprit, vit venir à lui les honneurs sans qu'il les eût recherchés. Nommé successivement professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, il ne voulut jamais quitter son poste de médecin des aliénées de la Salpêtrière. Pendant plus de trente ans, il demeura dans cet hospice, sans cesse occupé d'améliorer le sort de ses malades; il y mourut, le 25 octobre 1826, âgé de plus de quatre-vingt-un ans, entouré de la vénération universelle et de l'affection de tous les malheureux qu'il avait secourus.

La mémoire de Pinel est restée vivante et pure, comme celle de l'homme de bien. S'il mérite la reconnaissance de tous pour la réforme sociale à laquelle son nom restera attaché, il a tout particulièrement droit à la gratitude des médecins. N'est-ce pas lui qui nous a ouvert la voie? N'est-il pas notre premier maître en aliénation mentale? Semblable au Virgile du Dante, il nous a servi de guide dans ces ténébreux séjours de la douleur et des larmes; il a excité notre compassion en nous faisant assister aux souffrances et aux angoisses des malheureux fous, enchaînés comme des malfaiteurs; mais, plus heureux que le poète, il lui a été donné de soulager ces grandes

infortunes, il a délivré les aliénés de leurs fers et porté le calme et l'espérance dans ces cœurs endoloris où ne régnaient que le désespoir et la crainte; il a fait plus encore : il a prouvé que la folie, cette maladie réputée incurable, pouvait être vaincue par un traitement rationnel et humain; aussi, cette tâche bienfaisante terminée, Pinel put effacer du fronton de ces sombres demeures la sinistre inscription : « O vous qui entrez, laissez toute espérance! » Cette œuvre est grande et belle! L'homme illustre qui l'a accomplie, a bien mérité de la Science et de l'Humanité!

Pathologie

DES RAPPORTS
DE
L'ATAXIE LOCOMOTRICE
ET DE
LA PARALYSIE GÉNRALE

Deux observations d'ataxie locomotrice et de paralysie générale recueillies en 1833 et en 1834

Par M. le Dr BAILLARGER
Membre de l'Académie de médecine.

Les deux faits que je publie aujourd'hui ont été recueillis par moi, il y a plus de cinquante ans, pendant mon internat, à Charenton, dans le service d'Esquirol. Je les avais oubliés, lorsque j'ai signalé, pour la première fois en 1861, les rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.

Dans ces deux cas la lésion anatomique, comme on le verra, était parfaitement caractérisée ; mais je l'ai interprétée d'une manière tout à fait erronée.

La substance blanche des cordons postérieurs de la moelle, devenue grise par suite de la dégénérescence scléreuse, a été prise par moi pour de la substance grise. Je supposais que la substance grise centrale s'était hypertrophiée et que, peu à peu, elle avait écarté de dedans en dehors les cordons postérieurs, formant ainsi à la surface

de la moelle comme un nouveau cordon de substance grise. J'avais donc donné à mes observations le titre de : *Hypertrophie de la substance grise de la moelle*, auquel il faut substituer celui de *Dégénérescence scléreuse des cordons postérieurs.*

Il est intéressant de rappeler qu'une année auparavant, en 1832, Monod avait commis la même erreur. Dans son mémoire *sur diverses maladies de la moelle*, inséré dans les Bulletins de la société anatomique, cet auteur cite en effet deux observations ayant pour titre : *Hypertrophie de la substance grise de la moelle.* Or, en lisant ces deux observations, il est facile de reconnaître qu'il s'agit, comme dans celles que j'ai moi-même recueillies, de la dégénérescence scléreuse des cordons postérieurs.

Dans ma première observation on trouve réunies les lésions de l'ataxie locomotrice et celles de la paralysie générale, de sorte qu'aucun doute n'est possible, quant à l'existence des deux maladies. C'est, je crois, le premier cas où cette réunion ait été constatée d'une manière certaine.

Depuis mon travail de 1861, on a, il est vrai, rappelé une observation que Horn a publiée en 1833 dans ses Archives, et on a cru voir dans cette observation un cas d'ataxie locomotrice compliquée de paralysie générale ; mais si, dans ce cas, l'ataxie n'était pas douteuse, il n'en est pas de même, à mon avis, de la paralysie générale, et c'est ce que j'essaierai de démontrer plus loin.

Je crois d'ailleurs devoir ajouter ici que Horn n'a rien dit de l'existence de la paralysie générale chez son malade, bien que cette affection fût déjà très connue ; il n'a parlé que d'*aliénation mentale et de démence* (1).

(1) M. Horn publiait son observation en 1833 et les ouvrages de Blaye et de Calmeil avaient paru en 1826.

Première observation.

Délire mélancolique et démence paralytique chez un malade atteint d'ataxie locomotrice depuis plusieurs années.

Sommaire. — Syphilis. — De trente à trente-huit ans, douleurs de poitrine et vomissements. — Ces accidents sont remplacés par des douleurs dans les membres inférieurs. — A ces douleurs succèdent de la céphalalgie et une hémiplégie faciale, puis délire mélancolique et paralysie générale. — Mort. — Autopsie. — Sclérose des cordons postérieurs de la moelle, adhérences des membranes à la couche corticale des circonvolutions: cavité gangréneuse dans le poumon droit.

M. B..., âgé de quarante-et-un ans, horloger, a été placé à Charenton le 6 avril 1834.

Voici les renseignements qui furent recueillis sur ce malade.

Il a été militaire pendant six ans, de seize à vingt-deux ans. Il a eu la syphilis, mais il a, dit-on, été bien guéri.

A l'âge de trente ans, il exerçait la profession de tourneur en cuivre et fut pris de *douleurs dans la poitrine* et souvent de *vomissements bilieux*. Ces accidents se prolongèrent pendant huit ans, puis ils furent remplacés par des *douleurs dans les membres inférieurs*, douleurs qui furent considérées comme de nature rhumatismale.

Il y a quinze mois, en avril 1833, ces douleurs ont cessé et il survint des *céphalalgies* et une *paralysie du côté droit de la face*.

Le délire a débuté, il y a dix jours seulement, le 27 mars et, dès le 28, le malade était en proie à une grande agitation. Les conceptions délirantes sont de nature triste. M. B... croit qu'il ne pourra payer ce qu'il doit et qu'on va le faire saisir. Il voit des voleurs partout. Il a tenté plusieurs fois de se suicider. Après avoir eu plusieurs accè-d'agitation très vive, il est tombé dans la stupeur.

Dès son entrée à Charenton, le malade ne pouvait se tenir

en équilibre sur ses jambes et on dut, pendant le jour, le maintenir sur un fauteuil. Il avait de l'embarras de la parole, mais les renseignements ne font pas connaître à quelle époque remontaient les troubles de la locomotion et l'embarras de la prononciation.

Quant à l'état intellectuel de M. B..., on constatait chez lui l'existence d'hallucinations de l'ouïe et des signes de démence. Il entend les cris de sa femme qu'on maltraite, dit-il, dans une cour voisine; il prétend qu'on veut l'empoisonner et qu'un malade habitant la même salle est payé pour l'injurier. La mémoire est très affaiblie.

Paralysie de la vessie, qui a forcé de recourir plusieurs fois au cathétérisme; la peau du siège a commencé à s'excorier.

Six semaines s'étaient à peine écoulées que le malade offrait les symptômes d'une paralysie générale avancée. Cependant la vie se prolongea encore cinq mois, et la mort eut lieu le 18 octobre 1834.

Autopsie. — Le corps est très émacié, la peau du sacrum est excoriée et d'un rouge foncé; os du crâne très épais, très injectés à droite, la dure-mère est aussi très injectée du même côté et couverte de très nombreuses gouttelettes de sang noir. En l'incisant, il ne s'écoule que très peu de sérosité.

Dans toute l'étendue de la voûte crânienne, la dure-mère est tapissée par une fausse membrane très mince; cette fausse membrane, colorée à droite par du sang très rouge, est incolore à gauche, elle se prolonge à la base et dans le canal rachidien.

Le cerveau est volumineux, les circonvolutions sont larges, rapprochées les unes des autres; épaississement et opacité du feuillet viscéral de l'arachnoïde dans certains points, mais principalement sur les côtés de la grande scissure interhémisphérique; *adhérences de la pie-mère dans*

un très grand nombre de points; *substance grise rouge couleur de chair*.

La substance blanche offre beaucoup de bouches vasculaires, mais peu de sang.

La substance grise de la protubérance est colorée comme celle du cerveau.

Chacun des ventricules latéraux contient environ trente grammes de sérosité.

La dure-mère, à la partie supérieure du canal rachidien, mais en *arrière seulement, est tapissée par une fausse membrane, épaisse, comme fibreuse*, qui se continuait en bas et en haut, mais en s'amincissant très rapidement, ne constituant plus qu'une fausse membrane ordinaire.

La moelle, dépouillée de sa membrane propre, offre une altération très remarquable à sa face postérieure.

Dans toute l'étendue de cette face, les deux cordons médians sont remplacés par un cordon de couleur grise qui règne dans toute l'étendue. Ce cordon est beaucoup plus large à la région lombaire, et il va graduellement en s'amincissant jusqu'à la partie supérieure, où il finit en pointe, ayant ainsi la forme d'un très long triangle. Ce cordon gris est divisé en deux parties par une membrane qui pénètre vers le centre de la moelle, et qui n'est autre que la membrane propre de la moelle séparant les deux cordons postérieurs.

La substance grise intérieure est rosée.

Parmi les ganglions spinaux, examinés avec soin, beaucoup sont atrophiés.

Dans la région lombaire et à gauche, on en trouve un plus volumineux, il est dur et comme fibreux ; en l'incisant, on découvre qu'il formait un petit kyste à parois épaisses et contenant un peu de liquide incolore.

Les racines postérieures sont atrophiées.

Thorax. — Cœur large et mou ; nulle trace de tubercules dans les poumons qui sont fortement engoués ; dans

le lobe inférieur du poumon droit, on découvre près de la surface une petite cavité d'un pouce de long sur un demi-pouce de large; elle est vide et de couleur noire, sa paroi est formée par une couche d'une ligne environ d'épaisseur. Cette cavité qui avait une légère odeur gangréneuse, communiquait avec la plèvre par une fistule étroite, et à l'ouverture de la poitrine, l'air s'est échappé en sifflant.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac a une couleur d'un noir ardoisé, celle de l'intestin grêle est d'un rouge violet dans une assez grande étendue. La muqueuse de la vessie était aussi très rouge.

L'existence de l'ataxie locomotrice chez ce malade est également démontrée par les symptômes et les lésions; mais je crois devoir faire remarquer qu'il n'en est pas de même pour la paralysie générale. Les lésions ici ne laissent aucun doute; mais, sans ces lésions, il serait difficile d'affirmer que le malade fût atteint de paralysie générale. — Il résulte des observations publiées par MM. Rey, Pierret, Rougier et d'autres auteurs, que le délire observé quelquefois dans l'ataxie simple, a précisément tous les caractères de celui qu'offrait M. B... Ce délire, en effet, est caractérisé par des conceptions mélancoliques, des idées de persécution et des hallucinations. M. B... n'avait ni conceptions ambitieuses, ni délire hypochondriaque.

Ce n'est pas, assurément, qu'on ne puisse observer le délire mélancolique ordinaire chez des paralytiques, mais il est bien rare qu'il ait cette persistance, cette netteté et qu'il soit caractérisé par des hallucinations aussi actives.

Quand M. B... a été admis à Charenton, il avait de l'embarras de la parole et ne pouvait déjà plus se soutenir sur les jambes.

Ces symptômes me semblent devoir être rapportés à l'ataxie locomotrice, car le délire ne datait que de dix jours,

et comme je l'ai dit, n'avait aucun des caractères du délire paralytique.

Il est donc probable que la péri-encéphalite chronique, à l'entrée du malade à Charenton, était tout à fait à son début ou même qu'elle ne s'est développée que pendant les cinq mois qui ont précédé la mort.

On sait combien l'ataxie locomotrice peut présenter d'irrégularités dans sa marche, mais peut-être convient-il de faire remarquer ici que les symptômes, dans ce cas particulier, se substituaient les uns aux autres et que la période céphalique qui marque habituellement le début de la maladie, n'est survenue que la dernière (céphalalgie, paralysie faciale, puis délire mélancolique et paralysie générale).

En 1861, j'avais signalé des cas dans lesquels les symptômes de la paralysie générale étaient survenus au début de l'ataxie, et ces symptômes me semblaient devoir être rattachés à la période céphalique; or, je crois devoir faire remarquer ici que le délire et la paralysie générale ont suivi de près l'apparition de la céphalalgie et la paralysie faciale.

J'ai parlé plus haut d'une observation que Horn a publiée en 1833 dans ses Archives, et qui a été citée depuis comme un exemple d'ataxie locomotrice compliquée de paralysie générale, et j'ai ajouté que l'existence de la paralysie générale, dans ce cas, ne me paraissait pas démontrée. Il me suffira pour le prouver, de rappeler, d'après M. Jaccoud, les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie : « Coloration rouge brunâtre dans l'intérieur des couches optiques, injection et coloration brunâtre dans la substance cérébrale, hyperémie des méninges cérébrales et épanchement de sérosité dans leur intervalle. »

Ainsi, après avoir duré quatre années, cette paralysie générale n'aurait laissé après elle *aucune adhérence des membranes à la couche corticale plus ou moins ramollie.*

La pie-mère était injectée, mais il n'est fait mention ni *d'opacité ni d'épaississement de l'arachnoïde.*

Quant aux symptômes, il suffit de rappeler que M. Rey et d'autres auteurs ont publié des observations de folies simples chez les ataxiques, folies qui peuvent se terminer par la démence, sans qu'il y ait de paralysie générale. Quant à l'embarras de la parole, on sait qu'il s'observe souvent chez les ataxiques, et il serait loin de suffire pour établir le diagnostic. On peut lire, entre autres, à cet égard, une observation publiée par M. Renault du Motey, dans les *Archives cliniques*, où tous les symptômes de la paralysie générale étaient réunis, et cependant l'autopsie n'a fait découvrir aucune trace de péri-encéphalite chronique.

En l'absence des lésions habituelles de la péri-encéphalite chronique, il n'est donc pas permis d'affirmer que, dans l'observation publiée par Horn, l'ataxie locomotrice fût compliquée de paralysie générale.

Le fait qui précède me paraît donc le premier où la réunion des deux maladies ait été constatée d'une manière certaine, puisqu'on y trouve réunis les symptômes et les lésions.

Deuxième observation.

Délire des grandeurs éclatant tout à coup chez un malade atteint depuis vingt-trois ans d'ataxie locomotrice.

Sommaire. — Syphilis. — Ataxie locomotrice remontant à vingt-trois ans. — Embarras de la parole. — Tout à coup explosion du délire ambitieux. — Phthisie pulmonaire. — Diarrhée. — Marasme rapide. — Eschares. — Mort quarante jours après le début du délire. — Autopsie. — Nulles traces d'adhérences des membranes à la couche corticale. — Dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle. — Atrophie des racines postérieures.

M. X..., âgé de cinquante-quatre ans, ex-employé aux finances, a été amené à Charenton le 30 août 1833.

M. X..., à l'âge de vingt-cinq ans, a eu la syphilis.

Voici les renseignements qu'on obtint sur les antécédents.

Quatre ans plus tard, il éprouva tout à coup une impossibilité presque absolue de marcher sans aide, et, en même temps, un grand affaiblissement des membres thoraciques. Ces symptômes ont été, dès le début, accompagnés de douleurs dans les membres et d'*un embarras de la parole* qui se manifestait de temps en temps. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de délire.

Le malade, pendant onze ans, a pu continuer à se rendre à son bureau. Il y allait à pied, mais appuyé sur le bras d'un aide et, en outre, se servait d'une canne. Dans son appartement, il marchait seul, en s'appuyant sur une canne.

M. X..., malgré son état de maladie qui durait depuis onze ans, s'est marié à l'âge de quarante ans. Il a alors renoncé aux fonctions qu'il remplissait au ministère des Finances.

Les douleurs paraissent avoir été toujours très vives, mais, dix ou douze jours avant l'entrée du malade à Charenton, elles avaient acquis une si grande intensité que l'insomnie était devenue complète. C'est alors que le médecin de M. X... lui fit faire des frictions avec une pommade laudanisée. Après trois jours de l'emploi de ce moyen, les douleurs ont cessé, mais le délire a éclaté.

Dès le début, ce délire a été caractérisé par des idées de grandeurs et de richesses. M. X... prétend qu'il est le neveu de Louis-Philippe et qu'il possède une grande fortune ; il veut spéculer sur le change des monnaies, etc.

Il y a évidemment un peu d'embarras dans la parole. Du reste, excitation très vive, incohérence dans les idées. Le malade crie, injurie les personnes qui l'entourent. Il se plaint beaucoup de sa femme parce qu'elle l'a fait enfermer.

M. X..., dès son entrée, ne pouvait plus se soutenir sur les jambes. Il est excessivement maigre, il a de la diarrhée et ne prend que des potages.

L'excitation continue pendant tout le mois de septembre, le marasme augmente, des eschares se forment au sacrum et aux deux trochanters, et la mort a lieu le 29 septembre 1833.

Autopsie, vingt-neuf heures après la mort.

Les os du crâne sont lourds et compacts sans injection marquée. La dure-mère incisée, il ne s'écoule qu'une très petite quantité de sérosité.

L'arachnoïde offre, surtout sur le trajet des gros vaisseaux et en arrière, un grand nombre de taches blanches et opaques. Légère infiltration de la pie-mère; ses vaisseaux sont très injectés, mais elle s'enlève partout facilement et il n'y a aucune adhérence à la couche corticale. La substance grise incisée est colorée d'une manière remarquable; elle est partout plus ou moins rouge. La substance blanche offre beaucoup de vaisseaux, mais peu de sang. Le corps calleux et la voûte à trois piliers ont une consistance très faible. La substance grise du cervelet est colorée comme celle des circonvolutions; même coloration dans la protubérance annulaire.

Le canal rachidien ouvert, on constate tout d'abord une atrophie assez considérable de la moelle, mais on est surtout frappé d'une particularité très remarquable. En arrière, en effet, on constate, dans toute la longueur, l'existence d'une sorte de ruban de couleur grise qui, très étroit à la partie supérieure, va graduellement en s'élargissant jusqu'à la région lombaire, où il occupe presque toute la largeur de la face postérieure de la moelle. Cette espèce de ruban gris est séparé, de chaque côté des cordons latéraux, par un sillon bien marqué. En incisant la moelle en travers, on enlève facilement ce faisceau gris

qui a la forme d'un triangle, dont le sommet est au centre et la base à la surface de la moelle qui lui forme une espèce de canal. L'épaisseur de ce faisceau va en diminuant vers la partie supérieure et, auprès du bulbe, il ne forme plus qu'une couche très mince et peu distincte.

Les racines postérieures des nerfs sont très atrophiées, elles ont une teinte grisâtre. Les nerfs eux-mêmes sont légèrement atrophiés.

Thorax. — Les poumons contiennent beaucoup de tubercules. Au sommet du poumon gauche, vaste caverne très superficiellement située. D'autres cavernes plus petites dans les autres points des deux poumons. Çà et là, de la matière mélanique. Le cœur est sain.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac a une couleur noirâtre, disséminée par plaques. La muqueuse du cœcum est d'un rouge très foncé, épaissie et fongueuse.

L'existence de l'ataxie locomotrice chez ce malade n'a pas besoin d'être discutée. La dégénérescence grise des cordons postérieurs a été constatée dans toute l'étendue de la moelle, et d'autre part, M. X..., depuis vingt-trois ans, avait des douleurs très fortes dans les membres et il ne pouvait marcher qu'en s'appuyant sur une canne. Il ne sortait même de chez lui qu'appuyé sur le bras d'un aide.

Mais si ce malade était atteint d'ataxie locomotrice, peut-on affirmer que cette ataxie ait été compliquée de paralysie générale?

Il y a quelques années la réponse à cette question n'eût pas semblé douteuse; mais depuis que l'existence des pseudo-paralysies générales a été bien démontrée, elle est, à mon avis, beaucoup moins facile.

C'est surtout lorsque les symptômes de la paralysie générale éclatent chez un malade atteint d'une affection locale du cerveau ou d'une maladie de la moelle, qu'il faut être plus réservé sur le diagnostic. Je me bornerai à rappeler

ici, pour ce qui a trait seulement aux maladies de la moelle, l'observation si curieuse publiée par Renault du Motey, deux observations de M. Westphal et deux autres du docteur Plaxton. Bien que dans plusieurs de ces cas le délire des grandeurs se fût prolongé très longtemps, l'autopsie n'a point permis de découvrir les lésions ordinaires de la péri-encéphalite chronique.

Dans le cas que je viens de citer plus haut, il n'y avait aucune adhérence des membranes à la couche corticale et l'explosion du délire datait déjà de quarante jours. Si la vie s'était prolongée, il est probable qu'on eût rencontré plus tard les lésions de la péri-encéphalite chronique, mais les faits que je viens de rappeler ne permettent point de l'affirmer.

NOTE SUR QUELQUES CAS

DE

SIALORRHÉE D'ORIGINE NERVEUSE

Par le Dr H. MABILLE
Directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond.

L'excrétion salivaire a besoin pour se produire à l'état normal, comme le démontrent les recherches des physiologistes, d'une action nerveuse complexe.

Cette action peut se résumer ainsi :

De la périphérie part un courant centripète par l'intermédiaire soit du trijumeau, soit du glosso-pharyngien ou du pneumogastrique, qui vient impressionner un ou plusieurs centres nerveux (en avant du point diabétique de Cl. Bernard, par exemple). De ces centres partent à leur tour des rameaux dilatateurs, tels que ceux du facial (corde du tympan) et les filets nerveux constricteurs provenant du grand sympathique, les nerfs de Pflüger exerçant seulement leur action sur l'extérieur de la glande. L'excrétion salivaire est donc avant tout une fonction sous la dépendance du système nerveux, une fonction réflexe.

Or, cette sécrétion normale peut être modifiée par divers agents pathologiques, tels qu'irritant mécanique, colère, souvenir, etc.

Mais bien qu'au fond de ces exemples se retrouve l'influence des nerfs, nous avons recherché dans les diverses

affections nerveuses, l'épilepsie et l'hystérie, que nous avons pu observer, si l'exagération pathologique de la production de la salive ne se manifeste pas parfois.

Tout d'abord, il est difficile de savoir bien souvent si réellement on se trouve en présence d'une véritable sialorrhée.

On sait, en effet, que la quantité moyenne de salive produite par les diverses glandes salivaires, s'élève à environ 1500 grammes par jour.

En sorte que dans diverses affections mentales et nerveuses, le malade, pour une cause ou pour une autre, peut laisser la salive s'accumuler dans la bouche sans faire de mouvements de déglutition, sans que la quantité de salive elle-même soit augmentée.

Cela a lieu, surtout, dans les cas de stupeur mélancolique.

Dans les faits de ce genre, le malade oublie de déglutir, ou bien encore, comme je l'ai démontré dans un travail (1), il y a parfois anesthésie plus ou moins complète des organes bucco-pharyngiens. En sorte que l'incitation primordiale n'existe plus et ne provoque plus le besoin de la déglutition. Je ne cite pour mémoire que la fausse sialorrhée du sommeil, celle qui se produit chez les gens âgés ou chez les crétins, tous troubles qui se rattachent au manque de déglutition (2).

Tout différents sont les troubles de l'excrétion salivaire dans l'épilepsie et l'hystérie.

Dans ces cas, pas de lésions buccales, stomacales ou intestinales.

Un malade tombe en épilepsie.

Le cycle des accidents connus se déroule. A son réveil,

---

(1) *Troubles de la sensibilité du tube digestif chez les lypémaniaques*. in *Ann. méd.-psyhc.* 1879.

(1) Pour Berthier (V. *Ann. méd.-psych.* 1864, t. IV, p. 172), *le ptyalisme chez les aliénés* est toujours symptomatique d'une lésion locale.

on constate souvent (nous avons noté le fait 18 fois sur 100) que sa bouche est remplie d'une quantité parfois considérable de salive, ou bien cette salive coule sur ses vêtements en abondance.

Voilà donc un mode de production spécial de la sialorrhée.

Il est probable que les phénomènes bulbaires de l'épilepsie n'y sont pas étrangers.

L'excitation du début de l'attaque, s'irradiant dans le bulbe, y rencontre les rameaux du facial; or les expériences de Cl. Bernard ont démontré que la corde du tympan, lorsqu'elle est excitée, fait couler à travers la glande un sang très abondant.

D'ailleurs, certains rameaux du facial seraient (nerf auriculo-temporal), d'après les recherches récentes, des nerfs *glandulaires d'origine cérébrale.*

Il se peut donc que le *centre* lui-même soit excité. Or, tout dernièrement, M. Vulpian n'a-t-il pas lu à l'Académie des sciences un mémoire sur l'action de l'excitation du gyrus chez les chiens?

Cette excitation produit l'épilepsie, et une *salivation abondante.*

On pourrait penser encore que la salivation est produite sous l'action d'une paralysie vaso-motrice (sympathique), mais on se souvient que l'excitation des centres est la règle dans l'épilepsie; or l'excitation des vaso-moteurs sous la dépendance du sympathique amène la constriction des vaisseaux. On se voit donc forcé d'admettre dans ce cas la paralysie consécutive à l'excitation et à la contraction.

Les phénomènes *doivent* être identiques dans l'hystérie (1) au point de vue de la pathogénie.

(1) Je dis *doivent*, car le petit nombre d'hystériques de mon service ne me permet pas d'être affirmatif à cet égard. Toutefois, j'ai eu l'occasion de traiter récemment une jeune fille atteinte de *chorée avec symptômes hystériques*, chez laquelle on pouvait noter un ptyalisme *intermittent* et peu abondant.

De même, il existe en ce moment, à l'asile de Lafond un

Seulement, quand la sialorrhée se produit dans l'hystérie ou dans l'hystéro-épilepsie en dehors de l'accès, ce qui est relativement très rare, elle est très probablement *intermittente*, tandis que chez les épileptiques c'est principalement au moment et pendant l'accès que le ptyalisme se produit.

Il est, en effet, de ces cas où le ptyalisme se produit d'une *façon intermittente* chez les personnes entachées de nervosisme. Ce ptyalisme essentiel est rare, si rare même, dit M. Letulle, qu'on peut le mettre en doute.

Cependant ce même auteur cite une observation de Rayer : « un cas de ptyalisme intermittent chez une jeune femme nerveuse (1). »

Pour ma part, j'ai observé, il y a quelques mois, un cas fort curieux qui peut être rapproché de celui de Rayer, en plus d'un point.

Il s'agit d'une dame de soixante ans environ, en général bien portante, mais qui, dans la majeure partie de son existence, a eu divers accidents imputables à l'hystérie : ovarie, accès de pylorisme et d'œsophagisme, accidents convulsifs variés.

Ces troubles nerveux ont disparu depuis dix ans environ ; mais il est resté à Mme X... une impressionnabilité très grande, de l'hypochondrie poussée à l'extrême. Mme X... se lamente souvent, prétend que sa mémoire disparaît, qu'elle ne guérira jamais.

Cet ensemble de craintes est d'ailleurs motivé par le phénomène qui suit :

Mme X..., depuis trois ans, est prise une, deux et parfois

---

malade très curieux atteint d'*hystéro-épilepsie* chez lequel la salivation apparaît parfois, mais rarement, *en dehors des crises ;* mais il convient d'ajouter que ce malade a une hémianesthésie droite du corps et que la *moitié droite du pharynx est anesthésiée*.

(1) Letulle — Dict. de Jaccoud. Art. *Sialorrhée*.

quatre fois par jour, sans qu'elle puisse trouver le motif, de véritables accès de salivation.

Quelquefois elle a une légère toux sèche, spasmodique, puis sa bouche s'emplit et, pendant un temps qui varie de 1/2 heure à 3 heures, elle remplit des vases entiers de salive.

Le liquide rendu par la bouche est limpide, incolore, quelquefois filant et mousseux.

La plupart du temps, la salivation a lieu sans aucun spasme prémonitoire.

La bouche de Mme X... s'emplit brusquement, au moment où elle s'y attend le moins et, à son grand désespoir, ces crises de salivation la surprennent souvent en public et à la promenade.

Puis l'accès disparaît, et rien ne ferait supposer chez Mme X... une sialorrhée aussi gênante.

En effet, malgré la déperdition d'une quantité aussi considérable de salive — et les analyses de Payen démontrent suffisamment qu'on ne perd pas impunément une quantité notable de flux salivaire (1) — Mme X... ne maigrit pas sensiblement; ses forces se maintiennent. Cependant elle accuse une certaine faiblesse musculaire dans les jambes.

Les autres sécrétions, telles que sueur et sécrétion urinaire, sont normales. Mme X... est souvent constipée.

On ne trouve aucun trouble des organes de la digestion, de la circulation et de la respiration.

L'examen des urines ne révèle la présence ni de sucre ni d'albumine.

La sensibilité est normale et il n'y a chez Mme X.. aucune idée délirante.

Mme X..., sous l'influence de traitements divers, n'a pas vu son état s'améliorer sensiblement depuis trois ans.

---

(1) M. Baillarger m'a dit avoir vu une rémission survenue chez un paralytique général à la suite du ptyalisme.

Lorsque je la vis au mois de novembre 1884, j'essayai le traitement par le sulfate d'atropine (Kenkel, Heidenheim, Vulpian).

A partir de ce jour, la malade dormit un peu mieux, car les autres calmants usités n'avaient produit chez elle aucun effet.

Mais les accidents n'en continuèrent pas moins.

Enfin, guidé par les antécédents de Mme X..., je lui fis prendre une potion composée de bromure de sodium et d'ammonium, à la dose de 4 gr. par jour.

Quinze jours après le début de ce traitement, une amélioration se fit sentir.

Puis, peu à peu, les accidents de ptyalisme intermittent diminuèrent d'intensité. Enfin, depuis près de deux mois, Mme X. n'a plus de salivation. Elle est devenue gaie, dort, se promène et prétend qu'elle est guérie.

Pour moi, je ne crois pas que Me X... soit complètement guérie, mais je pense que les bromures alcalins ont joué dans ce cas un rôle prépondant au point de vue du résultat thérapeutique obtenu.

Je vois aussi que, dans ce cas, le ptyalisme a été un des symptômes protéiformes de l'affection hystérique ancienne, comme l'indique d'ailleurs l'effet du traitement.

Il m'est donc permis, en raison des faits que j'ai pu observer souvent chez les épileptiques et rarement chez les hystériques ou chez les hystéro-épileptiques, de conclure à l'existence de la *sialorrhée d'origine essentiellement nerveuse*.

QUELQUES EXEMPLES

DE

FOLIE COMMUNIQUÉE

Par M. le Dr BAILLARGER.

1860 (1)

On conduit quelquefois le même jour dans un service d'aliénés plusieurs membres de la même famille, atteints de monomanie, et dont le délire offre exactement les mêmes caractères. En interrogeant l'un de ces malades, on sait par avance quelles sont les conceptions délirantes de l'autre. Si, dans les cas dont nous parlons, on obtient des renseignements, on apprend que la folie n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'elle a été antérieure de plusieurs mois chez l'un des deux, et qu'elle s'est ensuite peu à peu communiquée à l'autre. C'est ainsi que j'ai pu voir le délire transmis de la mère à la fille, et de la mère au fils.

La femme P... a été amenée à la Salpêtrière en même temps que sa fille. Toutes deux étaient convaincues que leurs fournisseurs ne leur délivraient que des aliments

(1) Dans le dernier numéro des *Annales* M. Régis a publié une note rectificative à propos de l'*historique de la folie* communiquée. Cette note était motivée par un travail récent du Dr Lehmann, qui a cru devoir m'attribuer la première description de la folie communiquée d'après un article publié par moi dans la *Gazette des hôpitaux* en 1860, article passé inaperçu pour les auteurs français dont aucun ne l'a cité; c'est cet article que je crois devoir reproduire ici.

empoisonnés; qu'on les suivait dans les rues; qu'on leur jetait de l'eau-forte, qui s'exhalait en vapeurs autour d'elles, etc., etc.

Le second exemple est plus curieux. Mme X..., douée d'une intelligence remarquable, était vénérée par ses deux fils, dont l'aîné avait vingt ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une monomanie singulière. Elle s'imagina qu'elle était somnambule, et que souvent, pendant la nuit, son mari lui faisait donner des consultations dont elle n'avait aucun souvenir au réveil. Elle supposait que celui-ci gagnait de cette manière des sommes assez fortes, et elle ne cessait de lui réclamer cet argent.

Nous ne rapporterons pas toutes les raisons qu'elle invoquait à l'appui de son délire. Qu'il nous suffise de dire que peu à peu elle rallia à ses idées son fils aîné, qui, bien qu'il ne demeurât pas avec elle, la voyait presque chaque jour. Ce dernier, livré à des travaux excessifs, était obligé de passer une partie des nuits. Les récriminations de sa mère l'exaltèrent, il eut des discussions très vives avec son père, et il alla jusqu'à le dénoncer à l'autorité. Le délire devint alors tellement évident, que le malade, qui venait de tirer à la conscription, fut réformé pour cause d'aliénation mentale.

Ce jeune homme a guéri, comme avait déjà guéri la fille P...

Tous les deux ont expliqué comment la confiance absolue qu'ils avaient dans leur mère avait pu les fasciner à ce point, et ils ont déclaré que, loin d'avoir soupçonné chez elle une lésion des facultés de l'entendement, ils s'étaient, au contraire, laissé prendre à la logique apparente de leurs insinuations.

M. X... a reconnu que, sous l'influence des querelles incessantes provoquées par le délire méconnu de sa mère, des travaux et des veilles, son intelligence s'était en effet troublée, et qu'il avait complètement accepté des idées

qu'il avoue aujourd'hui avoir constitué autant de conceptions délirantes.

Il y a en ce moment à la Salpêtrière deux sœurs qui ont été amenées, le même jour, avec le même délire extrêmement limité. L'aînée est veuve, la plus jeune est mariée. La première s'imagina que son beau-frère voulait l'empoisonner, et elle fit peu à peu accepter cette idée à sa sœur, qui demeurait avec elle. Afin de prévenir les effets du poison, les deux malades se mirent à boire de l'eau-de-vie, et ce fut alors que le délire se prononça de plus en plus.

La plus jeune se trouve dans mon service, et elle convient que, jusque-là, son mari avait été très bon pour elle ; que, depuis huit ans qu'elle est mariée, elle n'avait eu aucune plainte grave à formuler contre lui. Mais elle n'en est pas moins convaincue qu'il a fait plus de cent tentatives pour l'empoisonner.

Dans une autre circonstance, j'ai vu le mari devenir aliéné sous l'influence et par l'effet de la pression que sa femme exerçait sur lui. Ce qu'il y a de bien singulier dans ce dernier exemple, c'est que la femme, douée d'une intelligence certainement supérieure à celle de son mari, et qui avait troublé sa raison en lui imposant pour ainsi dire le délire auquel elle était en proie, le fit placer à l'hospice de Bicêtre, alors qu'elle-même resta en liberté.

Les faits de ce genre sont rares, mais ils soulèvent des questions du plus haut intérêt pour la pathogénie de la folie. Je me borne aujourd'hui à les signaler, mais je me réserve d'en faire ultérieurement un examen approfondi.

(Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, 1860.)

Archives cliniques

8

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. CHRISTIAN.

Paralysie générale chez un héréditaire.

SOMMAIRE. — Paralysie générale chez un héréditaire. — Première période douteuse. — Rémission. — Deuxième période caractéristique. — Forme insolite de certains symptômes. — Autopsie.

Le malade dont il s'agit était un artiste qui a eu son heure de célébrité, et dont le nom a retenti dans bien des journaux. Ce n'est pas pour cela que je publie son observation. X... était atteint de paralysie générale, comme l'autopsie l'a démontré, mais cette affection, qui a duré plusieurs années, a présenté dans son évolution des particularités remarquables, utiles à signaler. On voudra peut-être se rappeler les pages que j'ai écrites dans les *Annales*, sur les difficultés que présente, dans certains cas, le diagnostic de la paralysie générale : j'avais alors, en quelque sorte, pris l'engagement de recueillir et de publier les faits qui pourraient éclairer le problème. L'histoire de X... me paraît, à ce point de vue, des plus intéressantes et des plus instructives.

X... est né à Paris au mois d'octobre 1840; il était enfant naturel. J'ai pu savoir que le père et le grand-père paternel, ainsi qu'une tante paternelle, sont morts de congestion cérébrale. Une sœur en bas âge a été emportée par les convulsions; lui-même, à l'âge de quatre ans, a eu une fièvre cérébrale (?).

Son enfance ne fut pas abandonnée; et, quand il fut d'âge, on le plaça au lycée. Mais il fut impossible d'obtenir que son caractère indisciplinable se pliât à aucune règle, et, dans aucun des établissements où on essaya successivement de le placer, il ne put s'astreindre à un travail suivi. Il avait un admirable talent de dessinateur, et un esprit naturel très vif; il en fit preuve plus tard comme journaliste. Mais lorsque, après des études incomplètes et souvent interrompues, il voulut, livré à lui-même, conquérir sa place au soleil, que d'années de misère et de privations, avant d'arriver à se suffire!

Vint l'heure du succès, X... le supporta moins bien qu'il n'avait supporté la pauvreté. Son caractère naturellement orgueilleux, s'excita davantage. Il vécut largement, semant à pleines mains et sans compter, l'argent que maintenant il gagnait facilement. D'une santé robuste, d'une vigueur qu'il aimait à vanter, d'un extérieur avantageux, il ne sut éviter aucun excès, et, ce qui était plus grave, il prit l'habitude de vivre dans un état de surexcitation continuelle, pérorant dans les cafés et les ateliers, se grisant de sa parole et exagérant de plus en plus sa propre personnalité.

Voici le portrait qu'en fait un de ses biographes, qui fut en même temps son ami :

« Il déclamait debout sur une table, robuste et beau, « les cheveux dans le gaz, au milieu d'un cercle de chopes. « Sa voix de faubourg, un peu lourde, laissait tomber la « rime et déhanchait la phrase qu'il dessinait d'un coup « de pouce, en rapin.

« Sa vie continuait à s'égailler, à hue, à dia, brûlée à « tous les becs de gaz, acclamée sur les tables de café « dont il ne sut jamais descendre...

(Alph. Daudet, préface à *Vingt années de Paris*, v. p. IV et V.)

Pendant la Commune, X... ne joua qu'un rôle secondaire; nommé conservateur de l'un de nos grands musées, il s'y

montra ce qu'il était en réalité, doux et facile. Aussi ne fut-il guère inquiété, et il put retourner à son métier de journaliste et de caricaturiste.

Mais les besoins d'argent devenaient plus impérieux, et X... rêva, comme tant d'autres, les richesses qui devaient le mettre à même de satisfaire toutes ses fantaisies. La vogue était aux panoramas : X... voulut avoir le sien, et il entra en négociations avec des hommes d'affaires. Le projet n'aboutit pas, ce qui fut pour lui une vive déception. Il en avait eu une autre, dont il avait cruellement souffert : il rêvait d'être décoré, pensant que son attitude politique, ses services comme journaliste, lui méritaient cette distinction : il ne put se consoler qu'on le fît attendre.

Son esprit s'exalta insensiblement. Des excès alcooliques précipitèrent la catastrophe. Un jour, il partit précipitamment pour la Belgique, en quête d'un banquier pour son panorama. A Bruxelles, il échappa aux personnes qui l'accompagnaient, et deux jours après, on le trouvait couché dans la campagne, à moitié mort de faim et de fatigue, l'esprit complètement troublé. Placé d'abord à l'asile d'Evere, il ne tarda pas à être ramené en France, et, le 25 octobre 1881, il entrait à la maison de Charenton.

Il n'est pas douteux pour moi que, dans ce voyage en Belgique, X... n'ait agi sous l'influence d'un délire alcoolique. Il a raconté lui-même, dans un livre qu'il fit publier lors de sa sortie de Charenton, en 1882, les sensations qu'il avait éprouvées: elles sont absolument caractéristiques.

« ..... Je me mis en route. Cette distance est de trois
« lieues à peine ; il me fallut toute la nuit et le jour du len-
« demain pour en avoir raison. Il faut dire que vers cinq
« heures, *le ciel s'était couvert de nuages noirs, et qu'un*
« *vent terrible s'était mis à souffler, déracinant les arbres,*
« *ébranlant les toits, fauchant les herbes.*

« Assez mal renseigné sur la route à suivre, je me mis
« donc à errer par la plaine, buttant aux monticules, rou-

« lant aux fossés, chutant aux ruisseaux; au bout d'une « demi-heure, j'étais en guenilles et couvert de boue.

« Le vent me jeta tout à coup sur un arbre dont le choc « m'étourdit et me fit ricocher dans une mare ; en me re- « levant j'aperçus *deux yeux flamboyants fixés sur moi.* « *C'était un loup.*

« *Je crois l'avoir tué d'un coup de canne.*

« A l'aube blanchissante, quelques chaumières m'appa- « rurent encore endormies, la plupart dévastées par l'ou- « ragan; j'y frappai. Les paysans stupides me regardèrent « avec terreur, donnant tous les signes de la plus vive agi- « tation, et refusèrent de m'ouvrir, etc. » (in *Vingt années de Paris*, 1883, p. 189.)

Quand il nous arriva, les symptômes d'alcoolisme avaient disparu, à l'excitation avait succédé une assez profonde dépression. Troublé, anxieux, inquiet, et répondant à peine aux questions qu'on lui faisait, il s'irritait facilement et parlait avec colère des *infâmes canailles* qui l'avaient arrêté à Bruxelles. Il promettait de tirer d'eux une vengeance exemplaire. Il se disait riche; son panorama valait un million; il avait plus de 60,000 francs de rente, etc.

L'état physique paraissait assez bon. La trace des fatigues et des excès qui avaient précédé son internement, était encore visible; mais après quelques jours de repos, la santé était redevenue excellente.

Les pupilles étaient inégales : la gauche plus dilatée que la droite. Y avait-il de l'embarras de la parole? Il était difficile de se prononcer à cet égard, X... ayant l'habitude de ne parler qu'en serrant les dents et en fermant la bouche, peut-être pour cacher qu'il lui manquait deux incisives.

Si donc les idées délirantes et même certains symptômes physiques (inégalité des pupilles), devaient faire admettre l'idée d'une paralysie générale, il me parut cependant difficile d'affirmer ce diagnostic dès le début, et la marche

de la maladie, pendant les premiers mois, vint encore ajouter à mes doutes.

Les idées de grandeur et de richesses, de talent hors ligne, ne quittèrent jamais le malade ; mais elles ne tenaient que le second plan. Ce qui dominait, c'était un véritable délire triste, entretenu par des hallucinations multiples, surtout nocturnes. Il criait la nuit ; il avait alors d'affreux cauchemars, on l'appelait *voleur*, on remplissait sa chambre d'odeurs infectes ; on y mettait des cadavres ; une vieille femme, à cheveux gris, à l'aspect horrible, venait toutes les nuits se coucher près de lui, et le forçait de lui accorder ses faveurs. Le jour, on lui faisait manger de la *m... verte*, on mettait des *morpions* sur tout ce qu'on lui servait ; aussi refusait-il très souvent les aliments.

Ce délire se maintint avec toute la fixité qu'on est habitué à rencontrer dans les folies systématisées.

Après des alternatives variées, des périodes d'agitation fréquentes, il survint peu à peu une accalmie. L'état physique restait bon, X... se remit au dessin ; il fit quelques portraits et des caricatures qui parurent dans les journaux illustrés. A la fin de janvier 1882, l'amélioration parut assez marquée, pour qu'il y eût lieu de se rendre aux instances de ses amis et de le remettre en liberté.

X ... sortit le 28 janvier 1882, et il retourna à son atelier. C'est alors qu'il fit son tableau intitulé *le Fou*, qui parut au Salon, et qui, au dire des juges compétents, n'était pas une œuvre sans valeur. L'idée fixe s'y montrait cependant : il plaçait son *fou* dans un cachot, avec une miche de pain et une cruche d'eau, auxquels il lui eût été d'autant plus difficile de toucher, qu'il avait la camisole. Le cachot lui-même était de la fantaisie. X... ne se souvenait donc pas, qu'au moment même où il faisait son tableau, il écrivait sur Charenton un article où je lis (*loc. cit.* p. 196) :

« Pour mon début, on me séquestrait à la huitième, la « division des agités, des fous dangereux ; je ne pouvais

« pas être mieux servi. Je m'attendais donc à vivre dans « une tempête de cris, de coups, de vociférations, de bonds « désordonnés, d'extravagances. Quelle ne fut pas ma « surprise en me trouvant dans un groupe de seize à dix- « huit personnes *parfaitement recueillies, reposées et bien* « *portantes*. A peine deux fous. »

Il y aurait encore bien des traits curieux à signaler dans cet article, assez spirituellement tourné; il y faudrait noter surtout, comment, sous l'influence de son délire, X... transforme les faits qu'il a réellement observés.

Ainsi, les corneilles qui viennent par bandes, pendant les mois d'hiver, s'abattre dans le parc et dans les préaux, attirées par le pain et les vivres que leur distribuent abondamment les pensionnaires, ces corneilles deviennent « des « nuées de corbeaux attendant les cadavres que Charenton « se charge de leur fournir... »

Une fois en liberté, X... reprit l'existence décousue et désordonnée dont il avait l'habitude; après peu de semaines, il devint évident pour tous, qu'une nouvelle séquestration était urgente. A cette rechute on voulut attribuer diverses causes : l'insuccès du salon; les déceptions nouvelles auxquelles s'étaient heurtées ses ambitions... La vérité est que X... était sorti de Charenton non guéri, et que son mal, un moment enrayé, avait repris sa marche envahissante.

Le 13 mai 1882, X... rentra à Charenton. Le nouvel accès avait éclaté comme le premier. Brusquement, X... avait quitté Paris, sans but, sans argent... Deux jours après, les gendarmes le ramassaient exténué dans une commune du département de l'Yonne, où il était arrivé sans savoir ni pouvoir dire comment.

X... nous revenait amaigri et affaibli; cette fois, le diagnostic n'offrait plus de difficultés. L'embarras de la parole restait malaisé à constater, pour les raisons que j'ai dites plus haut; mais l'intelligence avait notablement baissé, et le délire ambitieux était devenu tout à fait absurde:

le *milliard* en faisait le fond. Les pupilles restaient inégales.

La déchéance intellectuelle fut rapide et ne s'arrêta plus ; il ne fut plus possible d'obtenir de lui ni dessin, ni travail quelconque. Il écrivait cependant beaucoup, mais c'étaient des lettres de paralytique : écriture tremblée et incertaine, mots oubliés ou incomplets, idées de plus en plus puériles et incohérentes. Les cauchemars et les hallucinations nocturnes persistaient. Dans une lettre que X... adressait au Préfet de police, le 21 avril 1884, il disait : « Depuis le « temps que *je vous parle la nuit*, et que je vous écris le « jour, etc. » L'appétit était vorace; mais il y avait des jours où il refusait tout aliment, parce que c'était de la *m... verte*, remplie de *morpions*. D'ailleurs, il ne prenait plus aucun soin de sa personne, et les incontinences étaient fréquentes, même le jour. Un séton appliqué à la nuque suppura pendant plusieurs semaines sans aucun effet appréciable.

En juillet 1883, attaques épileptiformes, survenant par séries de 50 à 60 dans l'espace de 24 heures, s'accompagnant d'une élévation rapide de la température : le thermomètre montait de 37°,2 à 39°,6, mais revenait bientôt à 37°. Les attaques eurent ceci de remarquable, qu'elles ne furent pas suivies de la période comateuse habituelle ; au contraire, il semblait que pour quelques jours l'intelligence fût redevenue plus nette, plus lucide.

Pareilles attaques se répétèrent souvent; je les trouve notées en septembre et novembre 1883, en janvier, avril et juillet 1884. Ce furent les dernières. Mais le malade continua à s'affaiblir au physique et au moral. Tantôt agité, tantôt plongé dans la stupeur, il paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de lui. Le délire ambitieux persistait : « Il puise des rivières de diamants ; — il crache « des milliards ; — demain Charenton sera rasé et il cons- « truira un palais tout en or, etc. » Par moment reparaît le délire triste, avec des idées de poison.

Vers l'automne de 1884, l'amaigrissement se prononce davantage, X... tousse et crache beaucoup. Bientôt il ne peut plus quitter l'infirmerie, où souvent il reste couché des journées entières. Le 30 avril 1885, pendant la visite d'un de ses amis, il est repris de convulsions épileptiformes, et il succombe, sans avoir repris connaissance, dans la journée du lendemain.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, permit de constater les lésions classiques de la paralysie générale : méninges épaissies, injectées, parsemées de taches blanchâtres, lactescentes. Elles adhèrent intimement à la substance corticale, et ces adhérences existent dans presque toute l'étendue de la convexité des hémisphères ; on les retrouve également à la base ; la substance grise est injectée et ramollie, la substance blanche est diminuée de consistance. Le poids total de l'encéphale est de 1,360 gr. ; les deux hémisphères cérébraux pèsent, le droit 590 gr., le gauche 560 gr.

Mais ce qui frappe surtout, c'est le développement asymétrique du crâne : le côté gauche est beaucoup moins développé que le côté droit ; cette différence est particulièrement sensible à la base du crâne.

Les deux poumons sont farcis dans toute leur étendue de masses tuberculeuses en voie de ramollissement.

Rien de particulier dans les autres organes.

Réflexions. — 1° X... était atteint de paralysie générale, cela n'est pas douteux. Mais cette paralysie générale a suivi une marche que nous ne sommes pas habitués à voir. Sous ce rapport, la maladie de X... peut se diviser en deux périodes distinctes, séparées par une rémission. La première période a été bien différente de ce qu'elle est d'ordinaire ; on eût dit plutôt une folie systématisée. La rémission elle-même a été si complète qu'elle a confirmé mes doutes.

Quand j'ai vu X.., faire un tableau, dessiner, écrire des articles de journaux, — j'ai trouvé là une rémission tellement différente de celles que j'observe si souvent dans la paralysie générale classique — qu'il m'a fallu les caractères tranchés de la seconde période, pour que le diagnostic fût certain.

2° Cependant, je ne voudrais pas admettre qu'il y a eu chez X... deux maladies distinctes. Non, il était paralytique général dès le début; seulement, la première période a été tout à fait insolite.

3° A quoi a pu tenir cette marche insolite de la paralysie générale chez X...? Je n'attache pas grande importance à l'alcoolisme passager dont il a présenté les symptômes; ce n'a été qu'un épisode accidentel. Mais X... était un *héréditaire*, et l'influence de l'hérédité s'était traduite chez lui par des stigmates profonds, par cette remarquable asymétrie du crâne que nous avons trouvée à l'autopsie, et qui pendant la vie ne nous était pas apparue. On verrait donc ici la confirmation de ce qu'ont avancé un certain nombre d'auteurs, et notamment Doutrebente dans sa thèse, à savoir que, lorsque la paralysie générale survient chez un héréditaire, celui-ci conserve ses tendances premières à la périodicité et à la chronicité.

4° L'influence héréditaire, nous le voyons, domine toute l'existence de X... Elle en explique le décousu et les bizarreries. Elle permet de comprendre pourquoi tant de brillantes facultés n'ont pas donné ce qu'il était légitime d'en attendre, pourquoi il n'a jamais su s'astreindre à une vie de travail régulière et suivie ; elle donne la clef des lacunes et des défaillances qui ont empêché son talent de s'épanouir.

5° Aussi ne faudrait-il pas croire que ce sont les excès et les irrégularités de la vie qui ont causé la paralysie générale de X... C'est par eux que l'influence héréditaire s'est révélée d'abord, mais la paralysie générale n'a été

que le dernier terme de l'évolution morbide dont il avait apporté en naissant le germe fatal. X... était un *prédestiné;* son triste sort n'en mérite que davantage notre sympathie.

6° Signalerai-je encore chez X... l'existence simultanée de la paralysie générale et des tubercules pulmonaires? Quelques auteurs ont prétendu que l'on ne trouve jamais ces deux affections réunies sur le même individu. Cette opinion est trop exclusive; ce que j'ai observé chez X..., je l'ai déjà rencontré plusieurs fois dans mes autopsies de paralytiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 18 MAI 1885.

Présidence de M. DAGONET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance comprend une lettre de M. Auguste Tebaldi, avec un ouvrage intitulé : *Fisonomia ed espressione studiate nelle loro deviazoni*, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger.

Une commission est nommée à cet effet, composée de MM. Bourneville, Séglas, Moreau (de Tours), rapporteur.

Rapports de candidatures.

M. Bouchereau. — Messieurs, j'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Charpentier, Ritti et Bouchereau, de vous présenter un rapport sur les travaux de M. Dubuisson, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, qui sollicite le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique : M. Dubuisson s'est plus particulièrement occupé dans ses études de la physiologie du système nerveux et des questions de philosophie, susceptibles de servir à élucider les fonctions du cerveau.

M. Dubuisson appartient à l'Ecole positiviste; c'est un disciple d'Auguste Comte; son œuvre est autant philosophique que scientifique.

Elle a porté principalement sur deux points : la philosophie de l'histoire et la philosophie biologique.

I. Ces deux volumes qu'il a publiés, d'après les leçons de son maître M. Pierre Laffitte, sur les grands types humains de la théocratie et de l'antiquité, contiennent la philosophie historique de cette longue période, telle que l'entend l'Ecole positiviste. Les vues d'Auguste Comte s'y trouvent présentées sous une forme moins abstraite que dans la *Philosophie* ou la *Politique positive*. Elles s'y trouvent également développées et appliquées à des cas, que, dans sa rapide esquisse du progrès humain, le grand philosophe avait nécessairement négligés. C'est ainsi que plusieurs leçons sont consacrées à l'appréciation du mosaïsme, du brahmanisme, du boudhisme, du mahométisme, dont il est à peine fait mention au chapitre de la théocratie dans l'œuvre de Comte. Il était intéressant de vérifier si les théories générales de la philosophie positive sur l'évolution historique, étaient applicables à des situations en apparence aussi exceptionnelles que celles créées par les législations de Moïse, de Manou, de Bouddha et de Mahomet. On sait que par sa *Loi des trois états*, Auguste Comte a établi que l'espèce humaine, au point de vue de ses conceptions mentales, traversait fatalement trois phases successives : la phase théologique, la phase métaphysique, la phase positive ; la première de ces phases étant elle-même divisée en trois périodes : la fétichique, la polythéique, la monothéique. Or, l'expérience démontre que certaines populations, celles de la Chine par exemple, se sont arrêtées à la période fétichique ; que d'autres, comme celles de l'Inde, en sont demeurées à la période polythéique, ou comme celles du monde musulman, à la période monothéique, sans qu'on puisse, comme dans le cas de certains peuples retardés de l'Afrique ou de l'Amérique, accuser le milieu physique et les circonstances climatériques. Dans ces cas extraordinaires, la théorie se trouvait-elle en défaut ou réclamait-elle simplement des explications ? Etait-il vrai, par exemple, que le peuple hébreu fût du premier coup arrivé au monothéisme, que le peuple indou n'eût jamais eu d'autre conception que le polythéisme ? D'autre part, existait-il des obstacles intellectuels ou sociaux motivant l'arrêt mental de ces populations et leur opposition apparente à tout progrès ultérieur ? Tels sont les problèmes que M. Pierre Laffitte a tenté de résoudre dans une série de leçons que son élève M. Dubuisson a reproduites avec tous

les compléments historiques et philosophiques que ne comportait pas le cadre étroit d'un cours public.

Il y avait également à déterminer, à la lumière de ce jugement historique, quelle politique il convenait d'adopter à l'égard de ces populations orientales, qui, au point de vue intellectuel, sont assurément en retard sur les nôtres, mais qui, au double point de vue moral et social, nous valent bien, si même, en quelques points, elles ne nous sont pas supérieures. Toutes les raisons d'une politique pacifique, bienveillante, humaine, d'une politique de protection, sont longuement développées dans ces leçons.

Le second de ces deux volumes sur les *Grands types de l'Humanité*, est consacré à l'évolution gréco-romaine. Ici, les auteurs ont simplement exposé, avec les preuves historiques à l'appui, la conception de Comte touchant le rôle essentiellement intellectuel de la Grèce et essentiellement social de Rome. Nous y trouvons expliqués et appréciés, à côté des grands types de la poésie et de l'art grecs, les figures des grands politiques romains, depuis Numa jusqu'à César, en passant par Scipion, les deux Gracques et Marius. On peut sans doute discuter la conception de l'École positiviste, mais on ne saurait lui contester le mérite d'avoir, plus qu'aucune autre, contribué à faire la lumière dans le chaos de l'histoire. Tous les travaux historiques qui ont paru depuis un demi-siècle sont, consciemment ou inconsciemment, imprégnés de la doctrine de Comte, et il n'est pas téméraire de penser que les efforts de ses disciples ont été pour quelque chose dans ce résultat.

II. En philosophie biologique, l'œuvre de M. Dubuisson comprend :

A. Un travail sur la *sensibilité dite générale*;

B. Une courte étude sur *Gall* et la *fondation de la théorie cérébrale*;

C. Un travail assez considérable sur les *lois de l'entendement humain*.

A. C'est dans sa thèse inaugurale, que M. Dubuisson a pris pour sujet d'étude la *sensibilité dite générale*. Il y discute une question non encore réglée aujourd'hui, bien qu'elle soit en suspens depuis bientôt un demi-siècle : le toucher est-il un sens simple ou un sens composé? ne forme-t-il qu'un sens, ou forme-t-il plusieurs sens? C'est à la

seconde alternative que se rallie M. Dubuisson, adoptant en cela l'opinion formellement exprimée par Ducrotay de Blainville et plus tard par Auguste Comte. Ni le savant, ni le philosophe n'ont laissé dans leurs écrits les motifs de leur opinion. Ce sont ces motifs que M. Dubuisson a recherchés et dont il a fait l'objet d'une thèse qui lui a valu de la part de la Faculté la note *extrêmement satisfait*. Nous n'en citerons que les conclusions :

« Sans nous flatter, dit l'auteur, que notre argumenta-« tion soit suffisante, nous croyons cependant avoir con-«tribué à démontrer les points suivants :

« 1° Qu'il y a plusieurs sens dans le toucher ;

« 2° Que nos connaissances actuelles en physiologie et « en anatomie ne contredisent point cette assertion ; qu'elles « l'appuient même dans une certaine mesure ;

« 3° Que ces sens sont au nombre de quatre :

« Le tact ;

« La musculation ou sens musculaire ;

« La caloritition ;

« L'électrition ;

« 4° Que la douleur et le chatouillement ne méritent « pas d'être élevés au rang des sens ».

Une partie du travail est spécialement consacrée au sens musculaire et au rôle qu'il joue dans l'explication de certains phénomènes physiologiques et pathologiques. C'est en se fondant sur l'existence du sens musculaire que l'auteur explique le phénomène de la coordination des mouvements, et par sa lésion les phénomènes d'incoordination que l'on rencontre dans plusieurs maladies des centres nerveux, dont l'ataxie locomotrice est l'un des types les mieux connus. Il lui accorde également une importance considérable dans les phénomènes du rhumatisme, de la chorée, du vertige et de quelques autres troubles, plus ou moins inexpliqués de l'appareil musculaire.

B. Dans son travail sur Gall et la fondation de la théorie cérébrale, M. Dubuisson a cherché à montrer que s'il y avait dans l'œuvre de l'illustre savant une part aisée à critiquer, il y en avait une aussi qui était demeurée au-dessus de toute critique, malgré les efforts répétés de la physiologie spiritualiste. M. Dubuisson fait bon marché de ce qui, dans l'œuvre de Gall, a trait à la localisation des facultés, et même, en bien des points, au dénombrement

de ces facultés — il explique d'ailleurs dans son travail pourquoi Gall devait échouer dans cette double tentative; — mais il considère comme chose démontrée, comme chose aujourd'hui acquise à la science, les deux grands points qui, suivant lui, sont le fond même de l'œuvre de Gall, à savoir :

1° Que le cerveau est le siège des facultés morales comme des facultés intellectuelles;

2° Que le cerveau est composé d'autant d'organes qu'il y a de facultés morales ou intellectuelles distinctes.

Personne ne doute aujourd'hui que le cerveau ne soit le siège des facultés intellectuelles et morales, mais du temps de Gall il n'en était pas ainsi : les biologistes les plus éminents, comme Bichat et Cabanis, localisaient encore les passions dans nos différents viscères. Il a fallu à Gall un travail énorme d'observation et de démonstration pour ruiner les théories existantes et leur substituer la seule théorie compatible avec les faits observés — théorie aujourd'hui incontestée, mais dont on semble ne plus connaître l'auteur.

Il en est de même du *principe des localisations*. Que Gall se soit trompé dans le dénombrement de nos facultés et qu'il leur ait assigné des sièges plus que discutables dans notre cerveau, cela est sûr; mais ce qu'il a mis hors de doute par des preuves de toute nature, et ce qu'on ne peut plus méconnaître aujourd'hui, après la découverte de l'organe du langage (3e frontale), et des organes psycho-moteurs (frontale et pariétale ascendante), c'est que, dans la masse cérébrale, chaque partie a une fonction particulière et qu'il s'y trouve autant de parties distinctes qu'il y a de facultés. Sans vouloir déprécier le mérite de la physiologie contemporaine, M. Dubuisson s'efforce de restituer à Gall sa part légitime dans l'élaboration de la doctrine cérébrale. Il voit en lui le véritable créateur de la physiologie positive du cerveau, et ne croit pas que les erreurs qu'il a pu commettre dans une œuvre aussi considérable et aussi difficile, puissent lui enlever la gloire d'avoir à jamais établi les premiers principes et frayé la première voie.

C. Dans le même ordre d'idées, M. Dubuisson a publié un travail de plus longue haleine : ce sont les leçons de *Philosophie première* de M. Laffitte, dans lesquelles il est spécialement question des lois de l'entendement humain.

On sait ce qu'Auguste Comte entendait, après Bacon, par *Philosophie première:* c'est un ensemble de lois applicables, non à tel ou tel ordre de phénomènes, mais à tous les ordres quelconques de phénomènes, aussi bien aux phénomènes de l'astronomie et de la physique qu'à ceux de la sociologie et de la morale.

Parmi ces *quinze* lois, il en est six qui concernent uniquement l'entendement humain. On peut se demander comment ces lois dont l'objet est si spécial, trouvent place dans un ensemble de lois dont la prétention est précisément d'être universelles. Elles sont universelles, dit Auguste Comte, parce qu'en réglant l'existence et le mouvement de la raison, elles régissent par là même les objets quelconques de son service, autrement dit, toutes nos connaissances.

De ces six lois propres à l'entendement, trois sont d'ordre statique, trois d'ordre dynamique. Auguste Comte les a trop bien caractérisées dans le court passage de sa *Politique positive* consacré à la Philosophie première pour que nous cherchions ailleurs une définition :

« Dans l'ordre statique, la loi fondamentale établie par Aristote, développée par Leibnitz et complétée par Kant, consiste à subordonner les constructions subjectives aux matériaux objectifs. Mais ce principe ne suffit pas pour caractériser la raison, puisqu'il convient également à la folie, passagère ou permanente. C'est pourquoi la constitution statique de l'entendement exige une seconde loi, qui représente les images intérieures comme moins vives et moins nettes que les impressions extérieures. Sans une telle infériorité, que l'aliénation fait cesser, le dehors ne pourrait jamais régler le dedans, quoiqu'il continuât à l'alimenter et même à le stimuler. Toutefois, ce complément resterait insuffisant pour instituer l'état normal de l'entendement, si toutes les images coexistantes offraient, comme dans les prodromes de la folie, une égale intensité, d'ailleurs inférieure à celle des impressions correspondantes. Une troisième loi doit donc prescrire la prépondérance de l'image normale sur celles que l'agitation cérébrale fait simultanément surgir. Ainsi complétée, la théorie statique de l'entendement n'exigera jamais de nouvelles règles, puisque le dedans cesse alors de pouvoir troubler l'empire du dehors.

« Quant à sa théorie dynamique, je l'ai suffisamment

instituée dans le volume précédent, en établissant les trois lois fondamentales de l'évolution humaine, tant individuelle que collective. Elles règlent respectivement les mouvements simultanés de l'intelligence, de l'activité, du sentiment. La première consiste dans la succession des trois états, fictif, abstrait et positif, que présente chaque entendement envers des conceptions quelconques, mais avec une vitesse proportionnée à la généralité des phénomènes correspondants. Par la seconde on reconnaît une progression analogue pour l'activité, d'abord conquérante, puis défensive, enfin industrielle. Dans la troisième, on étend la même marche à la sociabilité, d'abord domestique, puis civique, enfin universelle, suivant la nature propre à chacun des trois instincts sympathiques. Sans que les deux dernières lois concernent directement l'intelligence, elles sont réellement indispensables pour caractériser son mouvement. Car, elles règlent la relation nécessaire et continue des conceptions théoriques, soit aux opérations pratiques, soit aux impulsions morales qui constituent respectivement leur destination et leur source. »

Auguste Comte n'a laissé, comme on le voit par ce passage, qu'un plan de *Philosophie première.* Son principal disciple, M. Pierre Laffitte, en a tenté l'exécution, et ce sont les leçons de M. Laffitte que M. Dubuisson a publiées, en y joignant des développements qui font de ce travail plus qu'un travail de simple rédaction. Ceux qui auront la curiosité de les lire s'apercevront aisément que ces leçons contiennent toute une théorie de l'état de raison et de l'état de folie. La théorie peut être discutable, insuffisante, incomplète ; mais ce que l'on ne saurait nier, c'est que ceux qui l'exposent ont le droit de compter parmi les hommes de notre temps qui ont sérieusement médité sur ces difficiles matières dont l'étude fait l'objet même de notre Société médico-psychologique.

Messieurs, je n'ai pas donné à mon rapport tous les développements qui seraient nécessaires, dans la crainte de vous retenir trop longtemps ; mais ce que j'ai dit me paraît suffisant pour vous prouver que M. Dubuisson me paraît digne d'obtenir vos suffrages : il s'avoue modestement le disciple d'un maître renommé, l'un des plus dignes continuateurs de l'œuvre d'Auguste Comte en France : or, à côté de M. Laffitte, M. Dubuisson a fait une œuvre per-

sonnelle, tout comme M. le Dr Robinet, son beau-père. M. Robinet, praticien d'un rare mérite, qui consacre à l'histoire de la révolution les rares moments libres que l'exercice de la médecine laisse à sa disposition; vous l'avez vu servir utilement notre pays durant la période critique du siège, et rendre à la ville des services signalés. C'est dans la fréquentation de ces deux hommes d'un si rare mérite que M. Dubuisson s'est formé : ses travaux témoignent qu'il possède les qualités du clinicien et de l'administrateur, et l'esprit de généralisation si nécessaire pour mettre en œuvre les matériaux accumulés dans nos asiles. M. Dubuisson ne faillira certainement pas à cette tâche. En l'admettant parmi vous, vous vous donnerez, messieurs, un confrère très utile. J'ai donc l'honneur de vous proposer de nommer M. Dubuisson, membre titulaire de la Société médico-psycologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Dubuisson est nommé, à l'unanimité, membre titulaire.

M. Motet. — Messieurs, la commission composée de MM. Dagonet, Ritti et Motet, rapporteur, que vous avez chargée de vous présenter la candidature de M. le Dr Georges Labitte, au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, a l'honneur de vous soumettre son rapport.

M. le Dr Georges Labitte appartient à une famille qui depuis longues années vit au milieu des aliénés, et dirige l'un des asiles privés les plus importants. Au centre d'une région qui n'avait pas pour ses malades de lieu de traitement ou de refuge, la maison de santé de Clermont a reçu les aliénés du département de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne, de la Somme et de l'Oise ; et la population s'est progressivement accrue, atteignant parfois le chiffre énorme de 1200 à 1400 aliénés. S'il avait fallu contenir tout ce monde dans des bâtiments entourés de murs, c'eût été la plus déplorable agglomération qu'on eût pu voir, et les conséquences d'un état de choses mauvais eussent bien vite montré le danger de réunir sur un espace restreint un nombre aussi considérable d'habitants. Mais l'asile de Clermont, situé dans un pays de grande culture, devait trouver le moyen de prévenir l'encombrement, et de donner à ses malades avec un bien-être que beaucoup d'entre eux

n'avaient jamais connu, des occupations variées, du travail, cet agent si puissant d'amélioration physique et morale. Ce résultat cependant ne put être atteint qu'au prix d'énormes sacrifices; il fallut autant de courage que d'énergie patiente pour mener à bien une entreprise qui, lorsqu'elle fut tentée, était, on peut le dire, toute nouvelle. C'est l'histoire de cet effort que M. Georges Labitte a voulu raconter dans sa thèse inaugurale, rendant ainsi hommage à son père, M. le Dr Gustave Labitte, notre collègue, à son oncle, M. Auguste Labitte, ancien directeur de la maison de santé de Clermont.

L'assistance des aliénés pauvres est et restera toujours un sujet de vives préoccupations : si bienfaisants, si généreux que se montrent l'Etat, le département, la commune, il y a nécessairement une limite à laquelle ils se doivent arrêter, et les considérations budgétaires, lors même qu'il s'agit de services publics de bienfaisance, lors même que ces services répondent à des besoins qui s'imposent, ne permettent pas toujours de faire tout ce qu'on aurait voulu pouvoir faire. Aussi, de tous côtés, a-t-on cherché à alléger les dépenses et à trouver une source de bénéfices légitimes dans le travail des aliénés. La colonisation agricole est le système qui, de l'aveu de tous, est le meilleur, à la condition toutefois que la ferme reste l'annexe de l'asile, que celui-ci soit toujours le centre d'où partent et où reviennent les colons. L'asile de Clermont, installé dans la ville même, reçoit tout nouvel arrivant, et après une période d'observation suffisante, suivant que son état est aigu et réclame des soins et une surveillance continus, ou chronique sans excitation turbulente, il y a lieu à conserver l'aliéné dans l'asile central ou à l'envoyer dans l'une des fermes annexes. Sur un domaine de plus de 400 hectares, deux centres de colonie ont été installés, l'un à Fitz-James, l'autre à Villers. Nous avons visité ces deux établissements, et nous avons été frappé de l'aspect général qu'ils présentent. Le nombre des aliénés qu'ils reçoivent dépasse de beaucoup la moyenne du nombre de travailleurs utiles qu'il faudrait employer normalement; mais si peu que produira l'aliéné, si l'on tient compte de la somme de bien-être et de liberté au grand air dont il jouit, il y a encore un immense bénéfice récolté par lui, et c'est là le point important. D'ailleurs, la population est assez élevée pour qu'on se contente d'une

journée de travail par cinq aliénés occupés. S'ils font des ouvriers peu habiles pour la plupart, si le personnel qui les dirige doit savoir suppléer l'activité productive par le nombre des travailleurs, il faut bien reconnaître aussi que là où l'aliéné choisi avec discernement peut se spécialiser dans une tâche peu compliquée, il donne des résultats surprenants. C'est aux étables, au charronnage, à la forge, à la meunerie, à la boulangerie, qu'il faut voir ces malades, retrouvant tantôt leur profession première, tantôt s'adaptant merveilleusement à une occupation nouvelle, s'y donnant tout entiers, fiers en quelque sorte d'une fonction qui semble les relever à leurs propres yeux. Si bien que le retour à l'asile est une peine, et que, pour éviter qu'elle leur soit infligée, ils se montrent dociles, attentifs, et sans rien perdre, souvent, de leurs conceptions délirantes, ils ne les manifestent plus avec l'énergie qui les a jadis rendus dangereux, incapables de vivre de la vie commune. Là, tout est fait pour eux, et dans ce milieu spécial, ils cessent d'être inutiles; n'étant plus désœuvrés, ls sont moins malheureux; et pour le visiteur qu'un tel spectacle étonne, c'est moins la pitié que l'intérêt qui s'éveille. Surtout à Bécrel où les services de la buanderie sont installés, rien n'est plus curieux que d'assister aux évolutions de ces lavandières, maniaques chroniques, démentes agitées, hallucinées bruyantes, qui dépensent leur activité dans un mouvement continu, mais qui n'est plus stérile, et qui, donnant autant de coups de langue que de coups de battoir, envoient aux essoreuses, aux séchoirs, à l'atelier de repassage, tout le linge de la maison que leurs bras vigoureux ont pétri, lavé dans une petite rivière qui coule entre deux rives de ciment.

L'histoire, simplement racontée dans une thèse, a tout le mérite d'une sorte d'autobiographie. C'est le coup d'œil d'ensemble sur un milieu mouvant dans lequel l'auteur a vécu, dont tous les détails lui sont familiers. Les considérations médicales qui en découlent sont exposées comme il convient, et il s'en dégage un principe dont l'importance n'est plus à établir, c'est que les colonies agricoles annexes des grands asiles sont l'un des meilleurs modes d'assistance des aliénés pauvres. M. Georges Labitte vous demande, Messieurs, de lui faire l'honneur de l'accueillir parmi les membres correspondants de votre Société. La commission

que vous avez choisie, vous prie de vouloir bien accepter les conclusions favorables qu'elle vous soumet.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Georges Labitte est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite).

M. Magnan, à propos de la question à l'ordre du jour, fait la présentation d'une malade.

Cette malade, atteinte de folie héréditaire (dégénérescence mentale), est un exemple non seulement de la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même sujet, mais encore de l'apparition successive, à diverses époques, de différents symptômes épisodiques de la folie héréditaire. Ces symptômes sont instructifs à suivre dans leur évolution, car ils intéressent successivement des régions distinctes de l'axe cérébro-spinal.

C... (Clotilde), journalière, est âgée de trente ans, sa grand'mère paternelle s'adonnait aux excès de boissons; son père, strabique, d'une intelligence faible, avait été à onze ans, affecté de fièvre typhoïde; il était très émotif, jaloux, et avait présenté pendant plusieurs mois du délire mélancolique. La sœur du père était menteuse, dépensière, paresseuse; fille-mère, elle avait tenté de se suicider pendant la grossesse; mariée à trente ans avec un homme de soixante, elle s'est toujours refusée à sortir le jour avec son mari, elle ne consentait à descendre dans la rue avec lui qu'après le coucher du soleil. La mère, nerveuse, est devenue très irritable à la suite des mauvais traitements que lui a fait subir son mari; la sœur de la mère est somnambule et le frère de la mère est alcoolique. Sur dix frères ou sœurs de Clotilde, neuf sont morts dans les convulsions, un frère survivant a uriné au lit jusqu'à dix-sept ans, il a actuellement la manie de jeter à la fin de chaque repas, une parcelle de pain qu'il trempe dans son café.

Quant à la malade, dès l'âge de un an, elle est prise de convulsions; d'une intelligence faible, elle apprend difficilement à l'école; de très bonne heure, elle se montre menteuse, voleuse et se livre à l'onanisme. Elle urine au lit jusqu'à seize ans; elle est souvent triste, s'éloigne de ses camarades d'école et ne prend pas part à leurs jeux.

Elle se lève parfois la nuit et parcourt tout endormie la maison; ces accès de somnambulisme ont cessé vers quatorze ans.

Dès l'âge de douze ans, elle perd par moments, toute en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras, ou de l'avant-bras sur le bras, du pied sur la jambe ou de la jambe sur la cuisse; ou bien encore l'élévation d'une épaule ; d'autres fois, ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre; d'autres fois encore, c'est la marche en avant, la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout ; mais dès qu'elle a commencé à marcher, elle ne peut plus s'empêcher de continuer, et elle éprouverait un très grand malaise si elle s'arrêtait. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté; la malade les constate tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir, assise, elle ne peut plus se lever et pendant un moment l'impulsion fait défaut. Dans tous ces cas la moelle s'émancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue.

Dans d'autres circonstances, les phénomènes sont plus complexes, c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, le rire ou les pleurs, qui échappent à la volonté; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état cénesthétique du sujet qui, tantôt est indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même de la manifestation. Ainsi, Clotilde a été prise un jour, d'un fou rire, à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille en larmes, se lamentait et qu'elle était elle-même profondément affligée de la perte de ce parent qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré très bon pour elle. D'autres fois, au contraire, elle pleure sans qu'aucune cause intérieure ou extérieure explique cette manifestation de la tristesse, indépendante de la disposition morale et de la volonté.

Non seulement les mouvements et certaines expressions de la physionomie lui échappent, mais elle est parfois obligée de prononcer des mots qu'elle ne voudrait pas dire : « Est-ce singulier, raconte-t-elle, de dire, le sachant, des choses que je ne voudrais pas dire. » Ce sont le plus souvent des paroles grossières qu'elle se sent poussée à prononcer soit devant des étrangers, soit devant des personnes qu'elle respecte, parfois même, elle les prononce étant seule. Un jour, elle portait des légumes qu'elle venait de cueillir et qu'elle voulait vendre; deux messieurs lui proposent de les acheter, elle répond sans pouvoir se retenir: « Mon sac est lourd, je suis fatiguée, j'ai le cul lourd »; surprise elle-même d'un tel propos, elle s'éloigne toute honteuse.

Elle peut quelquefois ne pas articuler à haute voix les mots qu'elle est poussée à prononcer, mais elle doit, dit-elle, les répéter en dedans, intérieurement; si elle ne les prononçait pas, elle éprouverait un grand malaise, elle serait suffoquée. Le mot une fois dit, elle est tranquille.

Dans quelques circonstances, non seulement elle se sent portée à prononcer des paroles qu'elle ne voudrait pas dire, mais elle est poussée irrésistiblement à raconter des histoires de gens enterrés vivants, elle ne s'arrête pas quand on lui impose silence, il faut absolument qu'elle arrive au au bout de son récit. Vivement préoccupée de l'idée que certaines personnes en léthargie peuvent être enterrées vivantes, elle lit avec avidité dans les journaux, les faits divers relatant des enterrements de gens vivants; ce sont ces faits qu'elle raconte dans des récits monotones et qu'elle ne peut pas interrompre, malgré les prières pressantes de son entourage; parfois aussi, elle parle de la venue d'un nouveau déluge auquel elle croit et dont elle s'inquiète. Lorsqu'elle a longuement parlé de ces différents sujets, elle se sent soulagée.

Sous l'obsession de l'idée qu'elle ou ses parents peuvent être enterrés vivants, ou bien encore, qu'engloutis dans le déluge, ils subiraient une longue agonie sous l'eau, elle demande avec instance qu'on fasse son autopsie, ou bien qu'on lui plonge dès qu'on la croira morte, un poignard dans le cœur ; elle déclare, d'autre part, qu'elle est décidée à poignarder le cadavre de ses parents avant leur enterrement. Elle s'était aussi procuré un revolver qu'elle

plaçait toutes les nuits sous son oreiller, afin de pouvoir tuer ses parents et elle-même dès que l'habitation serait envahie par les eaux.

A plusieurs reprises, elle a été, sous le coup d'impulsions, poussée à des actes dangereux ; un jour, entre autres, elle avait à ce moment quatorze ans, elle a saisi son frère âgé de deux ans et l'a tenu un moment suspendu au-dessus de la bouche d'un puits; je ne voulais pas, dit-elle, lui faire du mal, mais c'est une idée qui m'est venue et dont je n'ai pas pu m'affranchir; du reste, s'il m'eût échappé des mains, je me serais moi-même jetée dans le puits.

Comme syndrome épisodique de la folie héréditaire, C... (Clotilde) a présenté encore des anomalies sexuelles qu'on ne doit pas passer sous silence. De très bonne heure, elle s'est livrée à des pratiques d'onanisme qu'elle a continuées jusqu'à dix-huit ans. Elle a souvent essayé de résister à cet appétit du centre génito-spinal, mais sans succès; ce besoin, dit-elle, était trop impérieux. Plus tard, elle a été prise de violents désirs de copulation, sans que ces désirs aient eu pour objet une personne déterminée; elle s'est abandonnée pour l'unique satisfaction des sens, à plusieurs individus qu'elle n'aimait pas. Enfin, elle a eu, dit-elle, il y a plusieurs années, une véritable affection, mais elle n'a pas pu épouser l'homme qu'elle aimait ; elle distingue elle-même ces différents états et se trouvait tout autre suivant qu'il s'agissait d'un besoin purement local ou de désirs basés sur les sens ou sur les sentiments. Elle s'est donc montrée, ainsi que nous l'avons déjà vu, dans les *anomalies*, les *aberrations* et les *perversions sexuelles*, successivement spinale, spino-cérébrale postérieure et spino-cérébrale antérieure.

De quinze à vingt ans, se sont produits passagèrement des phénomènes d'un autre ordre, des attaques convulsives avec perte subite de connaissance et des vertiges suivis quelquefois d'accès de délire inconscient. Un jour, son père l'envoie acheter des provisions chez un épicier; elle sort et se dirige vers la boutique d'un cordonnier; arrivée là, elle prononce quelques phrases incohérentes, ajoute quelques mots grossiers et se retire. Au moment de rentrer à la maison, revenant à elle, elle s'aperçoit que la commission n'est pas faite et s'empresse de se rendre chez l'épicier pour faire ses achats. Le lendemain, elle est fort

surprise lorsqu'en entrant chez le cordonnier, on lui fait part de la singulière visite de la veille, elle n'en conserve aucun souvenir et n'y croirait pas sans les affirmations formelles de deux personnes qui se trouvaient dans la boutique au moment où elle est entrée. Aucune manifestation épileptique n'a reparue depuis une dizaine d'années.

C... (Clotilde) fait de temps à autre des excès de boissons et à diverses reprises, depuis trois ans, elle a été prise de cauchemars, d'insomnie et bientôt après d'hallucinations pénibles surtout la nuit; elle voyait des chats dans la chambre, de grandes figures qui défilaient, elle apercevait les différents membres d'une même famille, rangés suivant leur taille, les uns à côté des autres.

En dehors de ces accès de délire alcoolique de très courte durée, elle est prise parfois de tristesse, elle croit qu'on lui en veut, qu'on cherche à l'empoisonner, elle s'imagine qu'on l'écoute, qu'on l'épie à travers la serrure; un jour, elle jette les aliments préparés pour le repas de ses parents et leur dit : « Si vous mangez vous serez empoisonnés. » Sous l'influence de ces préoccupations pénibles, elle a fait deux tentatives de suicide, elle a voulu se noyer dans une baignoire, une autre fois, elle a cherché à se pendre.

Si nous jetons un coup d'œil sur les nombreux troubles névro-psychiques présentés par cette malade, nous constatons un état complet de déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal.

Autour de la folie héréditaire, viennent se grouper les syndromes épisodiques les plus caractéristiques : les mouvements simples et complexes, la mimique des expressions passionnelles, échappant à la volonté; les obsessions, les impulsions, les anomalies sexuelles, sans compter les accès mélancoliques à évolution rapide, suivis de tentatives de suicide.

Avec cette prédisposition si profondément névrosique, il a suffi de quelques excès de boissons pour faire surgir le délire alcoolique. Enfin l'alcoolisme de la grand'mère paternelle et du père semble, parmi les conditions étiologiques, avoir à son actif les accidents épileptiques manifestés pendant quelques années. La folie héréditaire, le délire épileptique, le délire alcoolique ont évolué côte à côte, sans se confondre, chacun d'eux se présentant avec ses caractères spéciaux.

M. Briand. — A propos des stigmates psychiques dont vient de vous parler M. Magnan, permettez-moi de vous rapporter un certain nombre de faits qui me semblent procéder du même ordre d'idées ; je n'ai pas sous la main les observations complètes, mais en voici les points saillants. C'est, d'abord, un officier de marine des plus distingués, appelé à un brillant avenir et qui ne peut à certain moment et même dans les circonstances les plus sérieuses, s'empêcher de crier plusieurs fois de suite le mot de Cambronne, en déjetant brusquement la tête sur l'une des épaules. Dans le même port se trouve un autre officier, auquel il est impossible de franchir d'emblée le plus léger obstacle et qu'on rencontre fréquemment un pied sur le trottoir et l'autre sur la chaussée, hésitant avant de passer un ruisseau. Ce n'est qu'après être revenu en arrière à plusieurs reprises qu'il prend enfin l'élan décisif qui lui permettra de traverser. Cette opération dure souvent plus d'un quart d'heure. Une de ses sœurs est aliénée (délire des négations avec idées mystiques) ; l'autre est d'une religiosité exagérée. Je connais également une demoiselle d'une vingtaine d'années, fille d'un excité maniaque à idées ambitieuses, qui, depuis la plus tendre enfance, tourne sur elle-même pendant des heures entières ; elle a tellement conscience de l'étrangeté de cette impulsion que, pour se dérober aux regards, elle se renferme dans sa chambre les jours où elle sent qu'elle n'y résistera pas ; cette jeune fille qui de tout temps a été bizarre, est plus menteuse qu'on ne saurait se l'imaginer et invente à plaisir des histoires impossibles qu'elle raconte avec l'accent de la plus sincère vérité. La vue d'une tache de vin l'impressionne très vivement ; son père présente cette même particularité. Enfin, je voudrais raconter encore l'histoire d'une enfant de sept ans, fille d'un délirant mélancolique à idées hypocondriaques, elle se nourrit exclusivement de pain et de fromage sous prétexte que la viande contient des os susceptible de l'étrangler et que les légumes qui ont touché à la viande pourraient en dissimuler. Il m'a été impossible à une première entrevue de faire surgir cette explication qu'elle avait donnée, il y a longtemps, à ses parents et sur laquelle elle n'avait plus voulu revenir. Cependant, appelé à voir le père qui, dans le cours d'un nouvel accès mélancolique, refusait de s'alimenter, je me fis présenter l'enfant

pour rechercher si elle ne portait pas certaines tares héréditaires; mon interrogatoire était fini et j'allais la rendre à ses parents sans avoir trouvé rien de bien notable en elle, si ce n'est une grande vivacité intellectuelle avec une prodigieuse mémoire, lorsque, par hasard, la mère me rappela que la fillette se nourrissait exclusivement de pain et de fromage. Désireux d'obtenir de l'enfant l'aveu du motif qui lui faisait repousser les autres aliments, je l'interrogeai avec insistances. Elle se refusa d'abord à toute explication; prières, sollitations, rien n'y fit, enfin, je la menaçai de lui faire avaler de force une grosse bouchée de viande, si elle ne me donnait la cause de sa répulsion. Alors, elle m'avoua que toujours elle avait été poursuivie par l'idée qu'elle serait étranglée par un os. Elle est, en effet, prise d'accès d'étouffements, et sa figure exprime une très vive terreur, dès qu'on met dans son assiette des fragments de viande. Les parents ont cessé de sévir contre elle et l'enfant ne paraît pas d'ailleurs souffrir de son régime. L'isthme du gosier ne présente rien d'anormal; la voûte palatine est très ogivale. Pas d'asymétrie faciale.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 27 JUIN 1885

Présidence de M. DAGONET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. MAGNAN, à l'occasion du procès-verbal, rappelle que sa malade, à propos de laquelle M. Legrand du Saulle nous demande si le diabète ne pourrait pas expliquer cet état, n'en présentait pas moins quelque chose de spécial, le fait de tristesse et de honte de trop manger, ce qui n'appartient pas aux diabétiques. C'est donc une malade a impulsion spéciale, atteinte de sitiomanie, par opposition aux malades atteints de dipsomanie.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les nos 3 et 4 des *Annales médico-chirurgicales* de Martineau.

2° *Tabac et microbes*, par le Dr Bourdin.

3° Le n° 5 du *Bulletin* du manicome de Fleurent.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciement de M. Dubuisson, nommé membre titulaire, et de M. Georges Labitte, nommé membre correspondant;

2° Une lettre de M. Verneuil, président de l'association pour l'avancement des sciences (session de Grenoble), priant la Société de désigner des délégués.

MM. Lunier et Motet sont désignés.

M. le Secrétaire général a reçu deux travaux pour le prix Moreau (de Tours).

1° M. Rouillard, ancien interne de la prison de Saint-Lazare : « Essai sur les amnésies. — Etiologie des troubles de la parole »;

2° M. Bernard, ancien interne des hôpitaux : « De l'aphasie et de ses diverses formes. »

Rapport de candidature.

M. Moreau (de Tours). — Messieurs, M. le professeur A. Tebaldi, de Padoue, sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Ecrivain distingué, observateur consciencieux, notre honorable confrère envoie à l'appui de sa demande ses deux derniers ouvrages; l'un a pour titre « Raison et Folie, » l'autre « La Physionomie et l'expression, étudiées sous le rapport de leurs déviations, suivies d'une étude de l'expression du délire dans l'art. »

C'est au nom d'une commission composée de MM. Bourneville, Séglas et moi, que j'ai l'honneur de vous présenter une analyse de ces travaux.

L'expression de la face, le *masque de l'aliénation mentale*, ainsi que l'appelle Guislain, est éminemment significative : c'est l'expression de la face qui vous dira les émo-

tions, les passions qui dominent l'aliéné. Or chaque genre d'aliénation a son facies, chaque aliéné a ses traits, ses actes extérieurs.

La connaissance des différents aspects que peut prendre la physionomie d'un aliéné est donc extrêmement utile, car elle a des conséquences pratiques indiscutables. Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies mentales ont compris le parti qu'on pouvait tirer de l'étude de la physionomie, et on n'a qu'à se rappeler l'atlas qui accompagne le traité d'Esquirol, les gravures de l'ouvrage de Guislain, plus récemment les ouvrages de MM. Richer, Bourneville, Regnard, pour comprendre la pensée qui a guidé M. Tebaldi.

Ce remarquable travail est divisé en deux parties: La première traite de la physionomie dans l'état de repos ; la deuxième étudie la physionomie dans le mouvement et dans le repos ; enfin, dans un appendice, l'auteur fait ressortir tout le profit qu'un artiste pourrait retirer d'une étude attentive des différents jeux de physionomie des aliénés. Afin de pouvoir donner plus d'extension à l'étude de cette troisième partie, qui présente un réel intérêt nous passerons rapidement sur les faits contenus dans la première, dont les conclusions de l'auteur suffiront pour donner une idée aussi complète qu'exacte.

« Les désordres psycho-psychiques, dit M. Tebaldi, impriment leurs caractères propres à la physionomie et à la mimique.

— Les modifications de la mimique doivent être examinées et considérées dans la période d'un désordre psycho-physique, en dehors de la forme qui correspond aux phénomènes identiques.

Dans l'examen du désordre expressif, on doit tenir compte des différents modes d'expression étudiés dans l'état normal en divisant bien les éléments : intelligence, sentiment, volition, instinct.

Les éléments relevant de la perception de l'intelligence prévalent dans les cas d'excitation psycho-physique ; ceux des sentiments dans l'état de dépression.

Le mouvement expressif peut être exagéré, diminué, aboli ou altéré.

L'état d'irritation des centres psycho-sensoriels exagère la mimique, soit que cette irritation ait été produite par des causes idiopathiques, soit par des stimulants venant

de la périphérie, ou par des substances portées dans le torrent de la circulation (alcool, haschich, opium, etc.). La manie essentielle, les formes névrosiques telles que: l'hystérie, la chorée, les intoxications, ont une mimique exagérée.

L'état de dépression ou de suspension des états nerveux diminue la mimique (mélancolie, stupeur).

L'état de paralysie et certaines périodes terminales des maladies mentales (paralysie, demence) l'abolissent.

De même en est-il de quelques formes névrosiques (extase, catalepsie).

L'irrégularité congénitale des traits du visage déforment la mimique : il en est de même de l'idiotie, de l'imbécillité, et de l'état convulsif; d'où il résulte que les formes simples, primitives, de désordre psycho-physique présenteraient une augmentation ou une diminution des mouvements expressifs, tandis que la déformation appartiendrait plus spécialement aux formes secondaires, chroniques ou congénitales.

Des mouvements habituels impriment à la physionomie certaines rides qui laissent une expression dont l'empreinte ne s'efface pas.

Il y existe une série d'expressions mixtes auxquelles concourent les éléments intellectuels, passionnels et instinctifs.

Une physionomie immobile, active, contractée, caractérise les formes impulsives.

Le défaut de régularité dans la physionomie est fréquent dans les formes chroniques de la folie.

Arrivons maintenant au chapitre de *l'expression du délire dans l'art* :

Les peintres, les acteurs sur la scène, s'efforcent parfois de reproduire les traits des fous ; mais ils sont rarement dans le vrai ; ils créent le plus souvent le masque et le geste du délire aigu et non pas celui de l'aliénation mentale : ils pèchent en général par de nombreuses exagérations, en trop ou en moins, et c'est avec raison que M. Tebaldi disait dans une conférence, qu'en présence des expressions si nettes, si caractéristiques, des passions que l'on voit dans un asile, où la douleur, l'angoisse, la préoccupation, l'orgueil, la vanité, la terreur, le désespoir sont

représentés avec une si grande énergie, la mimique de l'acteur dramatique paraît froide et comme éteinte.

Parmi les différentes variétés de mimique des aliénés, celles de la douleur prédominent. Mille jeux de physionomie dépeignent l'appréhension, l'angoisse, la douleur.

Chaque espèce de douleur à son langage : il suffit de voir la figure d'un hypocondriaque et celle d'un mélancolique pour reconnaître la distance qui sépare une douleur physique de celle propre à la souffrance morale ; on voit alors combien est grande la différence avec les modèles que nous offrent le pinceau et le ciseau de l'artiste.

Reportez-vous à l'étude de Le Brun sur l'expression des passions ; les modèles qu'il nous présente, presque idéalisés par l'artiste, sont conventionnels à l'art de son temps ; même reproche peut être adressé à Mantegazza qui a publié un recueil de gravures des chefs-d'œuvre de l'art, dans lequel sont reproduits les traits les plus typiques de la manifestation des sentiments, des notes les plus élevées de la douleur.

Aujourd'hui, la photographie instantanée permet de saisir sur le vif les expressions les plus dissemblables et les plus fugitives qui agitent un malade. La colère, par exemple, avec ses degrés infinis, ses manifestations multiples, offre une mimique des plus variées.

La photographie seule pourra reproduire la série des nuances, par lesquelles cette passion arrive à l'impulsion furieuse.

Tantôt les traits sont violemment contracturés sous l'empire d'une énergie puissante ; tantôt c'est une explosion soudaine, se traduisant par un trouble général de la physionomie, qui altère profondément le visage.

Un autre sentiment très commun et souvent représenté par les malades est l'orgueil, le sentiment exagéré de soi-même, sous des formes très variées et associé aux délires qui reproduisent tous les degrés de la vanité humaine.

Tous ceux qui s'occupent de maladies mentales ont rencontré quelques-uns de ces êtres regardant de haut les pauvres mortels qui les approchent, démontrant leur sentiment de supériorité par une démarche hautaine, la tête levée, les yeux demi-clos, avec un regard de protection ou de mépris, la physionomie contractée et sévèrement im-

mobile. Si on les interroge, ils sont législateurs, réformateurs, maîtres du monde : le portrait de ces orgueilleux est maintenant fidèlement reproduit par les photographies.

« Je ne crois pas, dit M. Tebaldi, qu'un acteur dramatique aimerait à étudier la mimique sur un aliéné. Cependant, quand il veut représenter un personnage créé par un auteur, il rencontre des difficultés que n'ont pas les peintres et les sculpteurs reproduisant un modèle qu'ils ont sous les yeux. Le *Moi* est toujours envahissant, il reproduit les mouvements qui lui sont habituels, non seulement dans le geste, mais encore dans la physionomie, qui pourtant se prête si volontiers à l'imitation, il reste toujours le même, conservant ses traits invariables.

C'est dans le même sens que Sully Prud'homme disait : « L'artiste dramatique dont le but est de simuler par l'expression les passions humaines dans leurs gradations, les effets du vice, le langage de l'amour ou de la haine, trouverait des éléments d'études très profitables en observant les aliénés, et il aurait un grand avantage sur le peintre et sur le sculpteur dans les nombreuses variétés de la mimique et par l'éloquence de la physionomie mise en mouvement avec art. Le langage de toutes les passions humaines peut être exprimé par la physionomie sur laquelle tous les mouvements de l'âme doivent se faire lire. »

Il n'y a pas lieu de s'étendre plus longuement sur ce sujet : nous ferons remarquer toutefois qu'il y aurait une importance capitale à ce que l'artiste sût choisir avec exactitude ses modèles. Ainsi, tel qui voudra représenter la sotte vanité de Claude ne devra pas copier un monomane orgueilleux, s'imaginant avoir trouvé la quadrature du cercle, au lieu d'un vaniteux faible d'intelligence, se réjouissant à l'idée d'avoir gagné une grande fortune.

Ainsi, un peintre devra choisir, pour représenter la mélancolie, tel malade pour causes morales plutôt qu'un hypocondriaque dont les douleurs sont souvent imaginaires. L'expression des deux sujets est absolument différente.

Tout doit être choisi et avoir sa raison d'être dans une œuvre d'art.

Une figure qui voudrait symboliser la folie, devrait cependant avoir un caractère défini. C'est pourquoi M. Bell, dans son ouvrage : « Anatomie et philosophie de l'expres-

sion », s'est trompé en nous présentant comme un modèle de fou, un fou furieux, effrayant. Un hercule nu, appuyé sur un bouclier, les bras et les jambes rapprochés du corps, les cheveux hérissés, les yeux louches, la bouche entrouverte comme prêt à mordre, enchaîné à la muraille : tel est l'exemple que cet auteur a présenté aux artistes comme modèle de l'aliéné.

L'ouvrage date de 1877. Ce serait l'idéal d'un fou d'il y a 60 ans, mais ce n'est nullement le portrait d'un aliéné de nos jours, en Angleterre surtout, où le système du *no-restraint* est presque partout appliqué. Celui qui dépeindrait un aliéné de cette manière heurterait vivement le sentiment d'humanité qui règne actuellement, et serait en contradiction avec la vérité.

Mais il est des artistes qui ont su rendre avec une exactitude frappante la physionomie des aliénés :

Hogarth, le grand peintre anglais, a reproduit un grand nombre de types de folie, et l'attitude de ses personnages indique bien clairement la nature de leur délire. L'un de ses principaux tableaux a été fait à l'asile de Bedlam, à Londres. Le sujet de cette toile est celui-ci : un pauvre malheureux est enfermé après avoir essayé de se suicider. Pendant que l'infirmier lui met les fers aux pieds, une femme cherche à le consoler et lui appuie sa tête sur son sein, tandis qu'un autre infirmier tâche de l'éloigner et de la détacher de ce malheureux.

L'ensemble de cette peinture rappelle la condition misérable dans laquelle étaient les aliénés en Angleterre, il n'y a pas cinquante ans.

Un groupe de malades occupe le côté gauche du tableau : les uns chantant, riant, pleurant, d'autres occupés de leur propre délire, on voit par la porte entr'ouverte trois cellules où des malades gisent sur la paille, presque nus. L'un est un orgueilleux qui se croit puni, l'autre un savant astronome qui lui explique ses problèmes, le troisième est en proie à un délire religieux.

Kaulbach a aussi peint l'intérieur d'un asile à Munich : quinze aliénés sont réunis dans une cour, un infirmier, son trousseau de clés dans les mains, les regarde en fumant. Les physionomies ont une grande expression, et un aliéniste y peut faire le diagnostic de leur maladie.

Enfin, il convient de citer la belle toile de T. Robert

Fleury, Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés de la Salpêtrière.

Vous connaissez tous, Messieurs, cette œuvre magistrale, qui glorifie un des plus grands triomphes de la civilisation et de la science.

En résumé, Messieurs, les quelques exemples que nous avons rapportés, suffisent pour démontrer les rapports qui existent entre l'art et la science au point de vue des expressions étudiées dans leurs variations.

L'art trouve de sublimes inspirations dans les asiles du malheur ; mais nous le répétons, il faut savoir choisir ses modèles avec discernement, sous peine d'erreurs grossières.

L'atlas qui accompagne l'ouvrage de notre savant confrère, est à lui seul un travail dont l'utilité est incontestable.

Trent-huit planches en photogravure nous mettent sous les yeux les différents types d'aliénation qu'il est donné d'observer dans les asiles. Cette reproduction constitue une œuvre de la plus haute importance que consulteront avec profit, non seulement les artistes, mais je dirai même les médecins.

Par cet aperçu, vous avez pu juger du caractère vraiment observateur et de la haute valeur scientifique du Dr Tebaldi.

En présence de ces titres qui recommandent notre confrère à votre suffrage, votre commission n'hésite pas à émettre le vœu que le savant et consciencieux médecin, devienne notre collègue et reçoive le titre de membre associé étranger qu'il sollicite.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Tebaldi est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

Du poids des lobes frontaux, des lobes occipitaux, et des régions pariéto-temporales selon le sexe, l'âge, d'après les registres de Broca.

M. Ph. Rey. — Je termine le dépouillement des matériaux laissés par Broca. Cette dernière partie est extrêmement importante : elle comprend le poids de trois régions cérébrales, les lobes frontaux, les lobes occipitaux et les régions pariéto-temporales. Ces divisions ont été pratiquées sur chaque hémisphère après l'enlèvement des membranes. La délimitation que Broca avait adoptée pour ces

différentes parties du cerveau est la suivante : pour le lobe frontal, la scissure de Rolando ; pour le lobe occipital, la scissure perpendiculaire interne et externe. Il n'a pas isolé les lobes pariétaux, la délimitation entre eux et les lobes temporaux étant loin d'être nettement indiquée. C'est pourquoi, il a compris toute cette région dans une seule pesée.

Le nombre des observations complètes, c'est-à-dire portant sur les trois régions, est de 231 pour les hommes et de 116 pour les femmes.

Je me bornerai à donner les résultats qui m'ont paru nettement établis par les chiffres.

Je dois, auparavant, citer les travaux déjà publiés sur cette question, et qui sont peu nombreux. Il se réduisent, je crois, aux recherches de Huskhe, de Bischoff et celles plus importantes de Meynert, qui portent sur des cerveaux sains et sur des cerveaux d'aliénés. M. Foville a fait l'analyse du travail de Meynert, dans les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1869, t. II. Malheureusement nos résultats ne peuvent pas être comparés à ceux que ces différents auteurs ont obtenus; les divisions ne portent pas sur les mêmes régions cérébrales. J'ajoute que M. Topinard a consulté ce registre et donné quelques résultats généraux, dans son nouveau traité d'anthropologie.

L'ensemble des 231 cas chez les hommes et de 116 cas chez les femmes, sans distinction de l'âge ni de la taille, donne les moyennes suivantes :

HOMMES.

	Lobes frontaux.	Lobes occipitaux.	Lobes pariéto-temp.
Droit.. .	238,3	55,6	262,9
Gauche .	239,9	55,1	260,6
	478,2	110,7	523,5

FEMMES.

	Lobes frontaux.	Lobes occipitaux.	Lobes pariéto-temp.
Droit.. .	203,4	48,4	222,4
Gauche .	205,05	47,5	221,1
	408,45	85,9	443,5

Le rapport de ces différentes parties au cerveau s'exprime

ainsi : Lobes frontaux : 1 :: 2,33. Lobes occipitaux : 1 :: 10,06. Région pariéto-temporale : 1 :: 2,12. Chez les femmes : Lobes frontaux : 1 :: 2,32. Lobes occipitaux : 1 :: 9,88. Région pariéto-temporale : 1 :: 2,13.

On peut voir la différence de poids entre les trois régions : la masse pariéto-temporale a plus de poids que la région frontale; mais si les lobes pariétaux et les lobes temporaux étaient séparés, la région frontale l'emporterait de beaucoup.

Ce même rapport exprime une différence sexuelle importante : pour les lobes frontaux et les lobes occipitaux, il est un peu plus élevé chez les femmes. Nous verrons bientôt et plus nettement encore cette influence du sexe.

L'examen comparatif des différents lobes, pour chaque hémisphère, nous met en présence de plusieurs faits très importants :

Chez les hommes d'abord : *le lobe frontal gauche a plus de poids que le lobe frontal droit.*

Broca, avec quelques observations extraites de ce même registre, avait noté cette prédominance du lobe gauche, et il était disposé à voir, dans ce fait, l'influence de la circonvolution à laquelle il a attaché son nom (Société d'anthropologie, séance du 4 novembre 1875). Le rapport de chacun des lobes frontaux au cerveau, et à l'hémisphère correspondant, permet de saisir cette différence :

—	Cerveau = 100.	H D. = 100	= H. G. = 100
Lobe frontal droit. .	21,4	42,8	»
— gauche. .	21,5	»	43,1
	42,9	»	»

La prédominance du lobe frontal gauche est constante, quel que soit le poids du cerveau; mais il est à remarquer que l'écart entre les deux lobes diminue avec le poids de l'organe tout entier; ainsi, pour des cerveaux au-dessus et au-dessous de la moyenne, l'écart est respectivement de 3,5 et de 2,2.

Pour les lobes occipitaux et les régions pariéto-temporales, c'est *le côté droit qui l'emporte sur le gauche*. La différence est faible entre les lobes occipitaux = 0,5 ; elle est au contraire plus élevée pour la région pariéto-tempo-

rale = 2,3, et il est à peu près invariable quel que soit le poids de l'encéphale.

Le rapport au cerveau, étant représenté par 100, les lobes occipitaux = 9,9; les lobes pariétaux = 47,1.

Chez les femmes, le *lobe frontal gauche est plus lourd que le droit*, différence = 1,6.

Le rapport des lobes frontaux au cerveau présente cette particularité que j'ai déjà signalée plus haut : ce rapport est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

	Cerveau = 100	H. D. — 100	H. G. = 100
Lobe frontal droit. .	21,4	42,9	»
— gauche. .	21,6	»	43,3
	43.		

Pour les régions pariéto-temporales, ce rapport est plus faible chez les femmes. Si on considère les chiffres absolus, c'est sur ces régions que porte la différence sexuelle la plus sensible.

Influence de l'âge. Si on prend deux catégories : les sujets de 15 à 55, et les sujets de 55 à 85 ans, on a les moyennes suivantes :

Ages.	Ne de cas.	L. fr.	L. occ.	Pariéto-temp.
15 à 55. .	138	245,5—246,8	58,8—55,4	271,7—269,9
55 à 85. .	96	224,6—224,6	54,7—54,8	244,5—235,5

On trouve ici la confirmation de quelques résultats déjà obtenus, savoir, que, chez les adultes, la prédominance du lobe frontal gauche est plus marquée que chez les vieillards.

Le rapport de ces différentes parties du cerveau indique que la perte de poids subie dans la vieillesse, par les lobes frontaux et les lobes occipitaux, n'est pas proportionnelle à la perte de poids subie par le cerveau tout entier. Ce rapport est, en effet, à peu près le même pour les deux catégories de sujets ; il est même un peu plus élevé dans la seconde catégorie, c'est-à-dire chez les vieillards.

Pour les régions pariéto-temporales, au contraire, le rapport au cerveau est plus faible chez les sujets les plus âgés. Il me semble que c'est sur ces régions que portent les variations les plus grandes. D'une manière absolue et

d'une manière relative, la perte de poids subie par elles, chez les vieillards, est très sensible ; les résultats sont identiques, si au lieu de prendre ces deux grandes divisions, on compare des périodes plus rapprochées, par exemple, de 15 à 35 ans, de 45 à 65 ans.

Chez les femmes. Pour les mêmes périodes, de 15 à 55 et de 55 à 85, les moyennes sont les suivantes :

Age.	Nº de cas.	L. fr.	L. occ.	L. g.
15 à 55 . .	38	423,1	95,2	468
55 à 85 . .	79	402,0	93,7	427,4

Comme chez les hommes, l'influence de l'âge se fait particulièrement sentir sur les régions pariéto-temporales, ainsi que l'indiquent les chiffres absolus et le rapport au poids du cerveau :

15 à 55 . .	42,5	9,8	47,8
55 à 85 . .	43,03	10,03	40,4

On voit encore dans ce rapport au cerveau que dans l'âge adulte, les hommes ont proportionnellement plus de lobes frontaux, et que, dans la vieillesse, la proportion est plus élevée chez les femmes.

Cherchant à déterminer l'âge auquel chacune des régions cérébrales atteint son développement maximum, j'ai obtenu les résultats suivants :

Chez les hommes, pour des périodes de 10 en 10 ans, les lobes frontaux ont atteint leur poids le plus fort à 35 ans, époque du développement maximum du cerveau tout entier.

Ages.	L. fr.	L. occ.	Pariéto-temp.
15 à 35 . .	490,6	110,3	548,7
35 à 55 . .	470,9	107,5	517,6
55 à 85 . .	448,6	109,5	480,0

Les lobes occipitaux, c'est la même période, de 35 ans.

Pour les régions pariéto-temporales, leur poids total est sensiblement le même à 25 qu'à 35 ans. Le poids maximum de cette région semblerait donc être plus précoce. De 25 à 35 ans c'est, d'après nos chiffres, la partie gauche qui compléterait son développement. On obtient un résultat identique en réunissant les régions occipitales et pariéto-

temporales. La région postérieure et moyenne du cerveau a sensiblement le même poids de 25 à 35 ans, tandis que la région antérieure se développe encore très nettement jusqu'à 35 ans.

Ages.	Lobes antérieurs.	Lobes occipito pariéto-temp.
15 à 25 . .	241—241,08	531,5—328,9
25 à 35 . .	257,2—258,8	336,8—331,4

Chez les femmes, pour les lobes antérieurs, il y a peu de différence à 25 et à 35 ans, mais pour les lobes moyens et postérieurs réunis, le développement est manifestement plus marqué à 25 ans.

Ages.	Lobes antérieurs.	Lobes moyens et postérieurs.
15 à 25	431	587,7
25 à 35	428,4	577,4

Ces faits relatifs aux régions occipito pariéto-temporales ne viendraient-ils pas confirmer les résultats que M. Féré a exposés dans son travail sur le développement du cerveau et du crâne (*Revue d'anthropologie* 1879), savoir : que chez le fœtus, la région postérieure présente un développement plus grand que les autres régions, et que leur accroissement précède celui des régions antérieures?

Il semble résulter encore de ces recherches que les principales variations pondérales portent sur la région pariéto-temporale, et que, par conséquent, cette région présente un intérêt tout particulier, dans l'étude de l'évolution cérébrale.

Quelques observations sur le délire épileptique.

M. Riu. — *Première observation.* En janvier 1885 est décédé dans mon service, par suite de pneumonie double, le nommé Michot (Jean-Bazile), un épileptique qui eut un moment de triste célébrité et dont M. le Dr Legrand du Saulle a publié l'observation dans son étude médico-légale sur les épileptiques.

L'autopsie, pratiquée aussi consciencieusement que possible, n'a pas révélé de lésions macroscopiques qui aient quelque intérêt. Cependant, je dois dire que son crâne présentait de très grandes dimensions; nous en faisons en

ce moment l'étude anthropologique dont nous pourrons ultérieurement communiquer les résultats. Le poids du cerveau, cervelet et moelle allongée était de 1640 grammes. Je ne serais pas revenu sur cette observation parfaitement écrite par M. Legrand du Saulle, si, pendant les quelques mois que j'ai eu Michot en observation, je n'avais été frappé de la bonhomie habituelle du malade, qui contrastait avec les actes qu'il avait accomplis. J'ai voulu alors compléter l'observation déjà publiée, par l'étude de l'état mental du malade au moment où il a commis les meurtres.

Grâce à l'obligeance de M. Pommier, juge d'instruction à Orléans, j'ai pu avoir en main le dossier complet, contenant des renseignements précieux. Permettez-moi de vous les résumer, ou plutôt de vous signaler, au milieu de tous ces documents, quelques faits qui nous permettront de tirer des conclusions.

Michot était né à Bléneau, dans l'Yonne, en 1832. Il avait quarante-deux ans le 20 avril 1875, au moment de son entrée au quartier des aliénés. Il était manouvrier, ne savait ni lire ni écrire, mais il possédait une intelligence moyenne. Il était d'une grande taille, d'une constitution vigoureuse et d'une remarquable douceur apparente. Il manifestait une légère blésité. Son père est mort âgé; sa mère est morte d'une attaque d'apoplexie.

Un frère du malade, qui a été indiqué comme étant épileptique et aliéné dans l'observation de M. Legrand du Saulle, n'est qu'imbécile, d'après les renseignements récents que je dois à l'obligeance de M. le Dr Rousseau, médecin directeur de l'asile d'Auxerre, où le malade a été envoyé en 1873, après avoir passé par Ville-Evrard.

Jean Michot a eu des convulsions dans son enfance et, jusqu'à l'âge de treize ans, il a de temps en temps uriné au lit. Plus tard, il a eu des vertiges, mais il a pu faire son service militaire dans la marine. Ensuite, il s'est marié une première fois en 1860 et est devenu veuf en 1864. Une fille, née de ce mariage, se porte bien encore aujourd'hui et paraît assez intelligente.

En 1865, Michot, âgé de trente-deux ans, a une première attaque d'épilepsie, le soir d'un jour où il avait été très effrayé, dit-il, par un incendie. Il se marie peu après en deuxièmes noces, sans informer sa femme de ses malheureuses crises.

En 1866, survient une attaque convulsive nocturne. Sa femme, péniblement surprise, se montre inquiète et grondeuse, se plaint de n'avoir pas été prévenue, etc.

Ces dernières lignes contiennent en partie l'explication du drame du 19 avril.

A partir de ce jour, en effet, Michot, jusque-là si calme et si plein de bonhomie, changera de caractère et ne tardera pas à devenir violent.

Ses crises convulsives sont rares; sa névrose se traduit parfois par des accès incomplets et parfois même par des vertiges. Mais, plusieurs fois, après ses crises, il a menacé sa femme, lui a reproché de fuir ses approches et l'a maltraitée, ainsi qu'on peut le constater dans la déposition de Jacques Rosse figurant au dossier comme témoin.

Le 18 avril 1875, au soir, Michot a une grande attaque, passe une très mauvaise nuit à quereller sa femme.

Le 19 avril, vers 5 heures 1/2 du matin, une fille de Michot, effrayée de voir son père battre sa maman, va chercher une voisine. La petite fille dit que « son père faisait le tapage, en se plaignant que sa femme et la famille Jarry lui avaient fait du mal. »

Dans sa déposition, le témoin François Paillon dit : « Ma « femme s'y rendit aussitôt et chercha à le calmer, mais « sans y réussir. Vers 8 heures du matin, je retournai « chez Michot en l'engageant à venir avec moi dans les « bois de M. Quatresol, où nous avions travaillé une partie « de l'hiver, espérant ainsi le distraire et dissiper sa co- « lère. Nous partîmes ensemble ; mais à peine étions-nous « dans les bois, qu'il me quitte, en disant qu'il voulait re- « tourner chez lui pour voir ce qui s'y passait et savoir si « sa femme, qu'il disait vouloir le quitter, avait emporté le « mobilier. »

Arrivé chez lui, Michot cherche querelle à sa femme, la frappe, la blesse et l'aurait probablement tuée dès ce moment, sans l'intervention des voisins, les époux Billon, qui se jettent sur lui, l'attachent sur une chaise, emmènent la femme Michot chez eux et la font se coucher dans une de leurs chambres, parce qu'elle était malade des coups qu'elle avait reçus.

Une heure après, Michot réussit à se détacher, prend une grande serpe appelée gojard dans le pays et se dirige chez les voisins, les époux Billon ; il cherche à enfoncer la porte

qu'ils avaient fermée au verrou et n'y réussit pas; alors, il va à une fenêtre qu'il ouvre après avoir cassé un carreau. En le voyant arriver par la croisée, les époux Billon s'enfuient par une porte de derrière. Michot trouve sa femme à l'intérieur de la maison, la frappe d'abord dans le lit avec sa serpe, et l'achève ensuite quand elle s'est levée, pour tomber dans la chambre, auprès de la fenêtre vers laquelle elle paraît s'être dirigée. Le lit est haché, ce qui indique que l'état de fureur dans lequel se trouvait Michot ne lui permettait pas de calculer ses coups. « La victime, « dit le rapport du Dr Moutiers, portait à la nuque une « plaie profonde, l'occiput était brisé, l'humérus gauche « broyé, le coude gauche broyé comminutivement et nous « retrouvions sur le carreau de la chambre la dernière « phalange de l'index gauche. L'indicateur droit était lé- « gèrement blessé, enfin des coups nombreux avaient laissé « leurs traces sur le trajet de la colonne vertébrale. »

Puis, Michot fait à travers le pays une course de plusieurs kilomètres, semant la mort partout : il décapite d'un coup de gojard la veuve Faisy, puis l'abbé Rocher, curé de Saint-Maurice-sur-Aveyron.

Plus loin, c'est Tonnelier qui est massacré; la femme Tonnelier a le poignet coupé à la ferme dite des Bûcherons.

Puis, non loin de la Tuilerie, c'est le petit Thierry. A trois kilomètres plus loin, aux Dorsoirs, c'est Tellier qui tombe sous ses coups et, enfin, des hommes courageux l'arrêtent non loin de Fontaine-Jean et le garrottent. Il était alors midi et demi. En une heure et demie environ, Michot avait tué six personnes, mutilé une septième et parcouru environ huit kilomètres.

L'autorité judiciaire se rend aussitôt sur les lieux.

Michot est resté garrotté. Les habitants du pays font la garde autour de lui et racontent à haute voix ce qui vient de se passer.

A trois heures du matin, on lui fait subir un interrogatoire, pendant lequel il donne ses nom et prénoms. Puis, à la question : « Pourquoi avez-vous tué votre femme? » il répond : « Parce que je ne l'aimais pas, parce qu'elle ne voulait pas coucher avec moi; elle ne veut me voir qu'une fois ou deux par semaine : qu'est-ce que c'est que cela? voyons. » Le tout entrecoupé des exclamations suivantes : « Ah! les barbares! ils me brûlent! vous me faites mourir. »

Dans son rapport sur les lieux, M. Chotard, juge d'instruction à Montargis, dit : « Cet homme dont les yeux sont « hagards, les cheveux hérissés et la bouche écumante, « paraît être sous l'empire d'une surexcitation extraordi- « naire ; il se tord dans ses liens et pousse de véritables « hurlements. »

« Aux quelques questions que nous lui adressons, il « répond que le curé de Saint-Maurice et toutes les autres « personnes qu'il vient de massacrer étaient cause du mal « qu'il endure et que c'est pour cela qu'il les a tuées. In- « terrogé sur la nature du mal dont il parle, il ne s'expli- « que pas et nous jugeons inutile de prolonger notre pré- « sence auprès de cet homme, dont les idées nous pa- « raissent manifestement troublées en cet instant du « moins. »

Revenons à un autre ordre d'idées. Dans la déposition de Louis Démarger, relative au troisième meurtre, nous retrouvons encore cette phrase : « Alors Michot revient à la porte en frappant et se plaignant que nous étions cause de son mal. »

Ce n'était pas la première fois que Michot prenait à partie les gens du pays et se plaignait d'être leur victime. Nous trouvons en effet dans le dossier : — La femme Tonnelier s'écria, en voyant arriver Michot : « Ah ! mon Dieu ! c'est Michot qui a été repris de sa folie; nous sommes perdus. »

La femme Prochasson dit aussi dans sa déposition : « Michot passait dans le pays pour un homme dangereux. »

De même Jacques Rosse dit : « Je sais qu'il était atteint « d'épilepsie et qu'il y a environ dix-huit mois, à la suite « d'une attaque qu'il avait eue à la Renaude, commune de « Charme, il était revenu chez lui pieds et tête nus, qu'il « s'était renfermé et avait maltraité sa femme. En effet, « les habitants du hameau de Breuillé, où je me trouvais « ce jour-là, racontaient que la femme Michot s'était réfu- « giée avec ses deux enfants chez Moreau pour éviter ses « mauvais traitements. »

Ces faits indiquent suffisamment quel était depuis longtemps l'état mental de Michot. Il est évident que, depuis longtemps, il était en mauvaises dispositions à l'égard de sa femme, à laquelle il reprochait de ne pas le subir quand il le désirait. Michot croyait au sortilège comme beaucoup de paysans. Il s'est d'abord attristé de la situation que lui

créait sa névrose; puis, comme à tout effet il faut une cause, il en est arrivé à croire que quelques personnes du pays étaient la cause de son mal. Son délire est resté peu connu parce que Michot, peu causeur, fuyait depuis longtemps les gens du pays. Les renseignements pris dans le pays qu'habitait Michot, nous permettent d'affirmer aujourd'hui que l'accès de délire épileptique ou plutôt de fureur qui a suivi les crises paroxystiques des 17 et 18 avril 1875, n'a été que le résultat : 1° de l'état cérébral pathologique dans lequel se trouvait Michot au moment de ses crises, et 2° de l'ictus épileptique qui lui a imprimé ses caractères fondamentaux, la fureur, l'impulsion et l'inconscience. Qu'il me soit permis d'insister sur l'inconscience, qui se retrouve ailleurs que dans le délire épileptique, mais dont je crois qu'on peut dire qu'elle constitue un des signes pathognomoniques. Nous ne croyons pas être au-dessous de la vérité en affirmant qu'étant donné un acte accompli ou rapporté par un épileptique, si le malade en a conservé le souvenir, il ne doit pas être mis au compte du délire épileptique.

Nous savons en effet, grâce aux travaux de notre maître, M. le Dr Magnan, que les épileptiques ne sont pas exempts de tout autre trouble mental acquis ou héréditaire. Avec lui, nous disons que « la folie épileptique peut masquer ou hâter l'éclosion d'autres formes de la folie; mais elle présente ce caractère pathognomonique : l'inconscience après l'accès, laquelle permet d'affirmer l'ictus épileptique, qu'il s'agisse d'un délire survenant après un accès complet, ou incomplet, après les vertiges, ou même s'il s'agit de ces troubles sans manifestations somatiques apparentes et que M. Legrand du Saulle a désignés sous le nom d'épilepsie de l'intelligence. »

Pour Michot, malgré le long espace de temps pendant lequel il est resté sous l'influence de ses crises, malgré les actes si épouvantables qu'il a commis, l'inconscience a été absolue. Il a passé la journée et la nuit du 19 au 20 avril complètement garrotté avec de grosses cordes; il a été confié à la garde des gens du pays, qu'il a été tout surpris de voir autour de lui au moment où il est revenu à lui. C'est alors seulement qu'il a appris de ces gens qui l'entouraient les meurtres qu'il avait commis. Nous avons eu le loisir et le soin de l'interroger très souvent à ce sujet;

ses réponses ont été toujours absolument invariables. Du reste, dans l'interrogatoire qu'il a subi le 7 mai 1875, quelques jours après son entrée au quartier des aliénés, M. le juge d'instruction lui dit : « *D.* Vous dites toujours « on a dit »; mais par qui avez-vous entendu dire tout cela. — *R.* « Je pense que c'est chez M. le maire de Saint-Maurice qu'on m'a raconté ce que je ne me rappelle pas par moi-même. »

Du reste, il commet des erreurs dans le récit des faits. C'est ainsi qu'il croit avoir tué sa femme dans la maison et à coups de poing. — « Je ne me suis servi d'aucun instrument, dit-il. » Il n'y a qu'à parcourir cette interrogatoire; partout nous trouvons ces mots : « D'après ce qu'on « m'a dit — ou bien, je crois que — et encore : « pour « vous le dire, je ne peux pas vous le dire, parce que je ne « me le rappelle pas; mais on m'a rapporté que... » « — Je ne peux pas certifier une chose que je ne me rap- « pelle pas. » Donc, l'inconscience est manifeste. — Quand j'ai vu Michot en juin 1884, il était depuis longtemps soumis au traitement bromuré; il portait le bride-corps et les entraves depuis le jour de son entrée. Il était calme; d'après les renseignements recueillis dans le service, il manifestait encore quelquefois de la mauvaise humeur contre certains gardiens et surtout après ses attaques qui se produisaient encore cinq ou six fois l'an. Après enquête, nous avons pu nous convaincre que la mauvaise humeur provenait de son vif désir de reprendre l'usage de ses membres, de l'irritation que lui causaient ses entraves; il reprochait aux gardiens de le tenir enchaîné comme une bête féroce. Malgré la terreur qu'il inspirait, je lui fis enlever ses liens et j'ordonnai de le porter dans sa cellule, dès qu'il aurait une attaque et de ne le laisser sortir que lorsque son langage et sa manière d'être indiqueraient son retour à l'état normal. C'est ainsi que nous procédons pour tous les épileptiques qui ont du délire après leurs crises. Quand l'agitation précède l'ictus, j'ai remarqué qu'ils s'en tenaient toujours à des paroles injurieuses ou à une certaine intolérance; mais ils ne deviennent réellement dangereux qu'après l'ictus qui se manifeste par des vertiges ou par des accès complets ou incomplets.

Quoi qu'il en soit, grâce à ces précautions, la médication bromurée étant bien suivie, le malade ne trouvant pas

autour de lui des causes d'irritation, l'état mental de Michot s'était considérablement amélioré. Mais il croyait toujours qu'un sort lui avait été jeté par les gens de son pays et répétait encore « que c'était bien malheureux ».

En résumé, Michot, avant les crises des 17 et 18 avril, était assez faible d'intelligence pour croire au sortilège. L'aversion que manifestait sa femme pour lui, depuis qu'elle le savait atteint d'épilepsie, l'avait mal disposé à son égard. Le fait même d'être épileptique et les conséquences fâcheuses qui en résultaient pour lui, avaient déterminé chez lui un état mélancolique d'abord; des idées de persécution étaient nées ensuite; puis, il avait fini par se persuader que ce ne pouvait être que les gens du pays qui lui avaient jeté un sort. L'ictus épileptique survenant chez Michot, dont l'état mental était à la fois celui d'un faible d'esprit et d'un délirant chronique, a déterminé les impulsions homicides et la fureur, dont les tristes résultats ont été le meurtre de sept personnes.

Deuxième observation. Ch. (Louis-Auguste-Pierre), né le 29 mars 1845 à Olivet (Loiret), vigneron, célibataire, est entré le 25 août 1881 à notre quartier d'aliénés. Antécédents héréditaires. — 1° Un frère du malade est entré au quartier des aliénés en 1853. Le certificat et les notes du Dr Payen, alors médecin en chef, disent : « Ce malade présente un certain affaiblissement des facultés intellectuelles, de l'hésitation de la parole. »

Ce malade est mort dans le quartier par suite d'agitation continue.

2° Une sœur du malade est entrée au quartier des aliénés en 1882, avec de l'agitation maniaque, et n'y a passé que quelques semaines.

3° Un oncle maternel du malade est mort jadis dans notre quartier. Son certificat porte comme indication : imbécillité, ivrognerie.

4° Un autre oncle maternel y est mort également; il était atteint d'épilepsie et d'imbécillité.

5° Une tante maternelle est entrée également, à l'âge de cinquante ans, affectée de lypémanie anxieuse avec hallucinations, propension au suicide, et en est sortie améliorée.

Le malade a eu des convulsions à l'âge de deux ans. A quinze ans, il a eu des vertiges, d'après les renseignements recueillis de la mère, et enfin, à l'âge de trente-deux ans, il

aurait eu, pour la première fois, une attaque d'épilepsie, qui fut suivie de nouvelles attaques environ tous les mois.

Jusqu'à ce moment, le malade était d'un caractère tranquille; il était estimé de tous ceux qui le connaissaient.

Peu après les premières crises, la mère a eu des difficultés avec le malade; il faisait souvent après ses crises des scènes violentes, ou ne comprenait pas bien ce qu'il disait; il ne pouvait rester en place, il était loquace, menaçant. Un jour, après une crise convulsive, le malade s'est mis à insulter sa mère, puis il l'a frappée et l'aurait certainement tuée, si les cris n'avaient attiré les voisins sur lesquels le malade s'est rué; puis, il s'est enfui à travers champs, les yeux égarés, l'écume à la bouche, fuyant l'approche de tous ceux qu'il pouvait rencontrer. Les gendarmes de la localité se mettent à sa poursuite, tirent des coups de carabine pour effrayer ce malheureux et l'obliger à s'arrêter; il continue sa fuite; il arrive auprès de l'habitation d'un de ses parents; près de la maison se trouve un puits, le malade s'y précipite. Un de ses cousins descend dans le puits pour l'empêcher de se noyer; les gendarmes arrivent et, soit qu'ils aient manqué de jugement, soit qu'ils n'aient pas vu le cousin du malade descendre dans le puits, ils font feu dans le fonds du puits et blessent le cousin qui pousse des cris de souffrance; les secours sont organisés et tous les deux se laissent retirer sans résistance. Un certificat est rédigé immédiatement par le médecin de la localité, et un arrêté du maire ordonne de conduire Ch. (Auguste) aussitôt au quartier des aliénés.

Le 16 mai dernier, je profitai du calme dans lequel se trouvait le malade pour lui faire quelques questions. Je lui dis aussi que j'avais l'intention d'aller trouver sa mère, pour lui demander quelques renseignements sur les événements qui avaient motivé son entrée.

Le jour même, Ch. eut une série de crises, suivies d'agitation et de cris de menaces. Un gardien imprudent est entré seul dans sa loge; le malade s'est précipité sur lui. Dans son langage revenaient toujours les mots suivants : « Qu'on me fasse paraître devant le tribunal. Je ne suis pas coupable, j'aime ma mère et je ne lui ai pas fait de mal. »

Le 19 mai, le malade est calme; je lui annonce de nouveau l'intention d'aller voir sa mère. Le 20 mai, c'est-à-dire le lendemain matin, Ch. qui est probablement tombé de

son lit pendant une crise nocturne, porte à la figure des contusions multiples. Les gardiens disent qu'ils l'ont trouvé en agitation dès le matin, au réveil. Au moment de ma visite il est encore très loquace; il demande à être accompagné sur le champ dans son pays : « Qu'est-ce qu'on a dit de moi? quels renseignements a-t-on fourni sur Auguste Ch...? Il y a assez de temps qu'on me tient enfermé : je veux y aller de suite. »

21 mai. — Le lendemain je retrouve le malade calme; il est dans la cour; il vient au-devant de moi me demander des nouvelles de sa mère. Je cherche à lui rappeler la scène de la veille; il ne se souvient ni de m'avoir parlé ni de m'avoir vu.

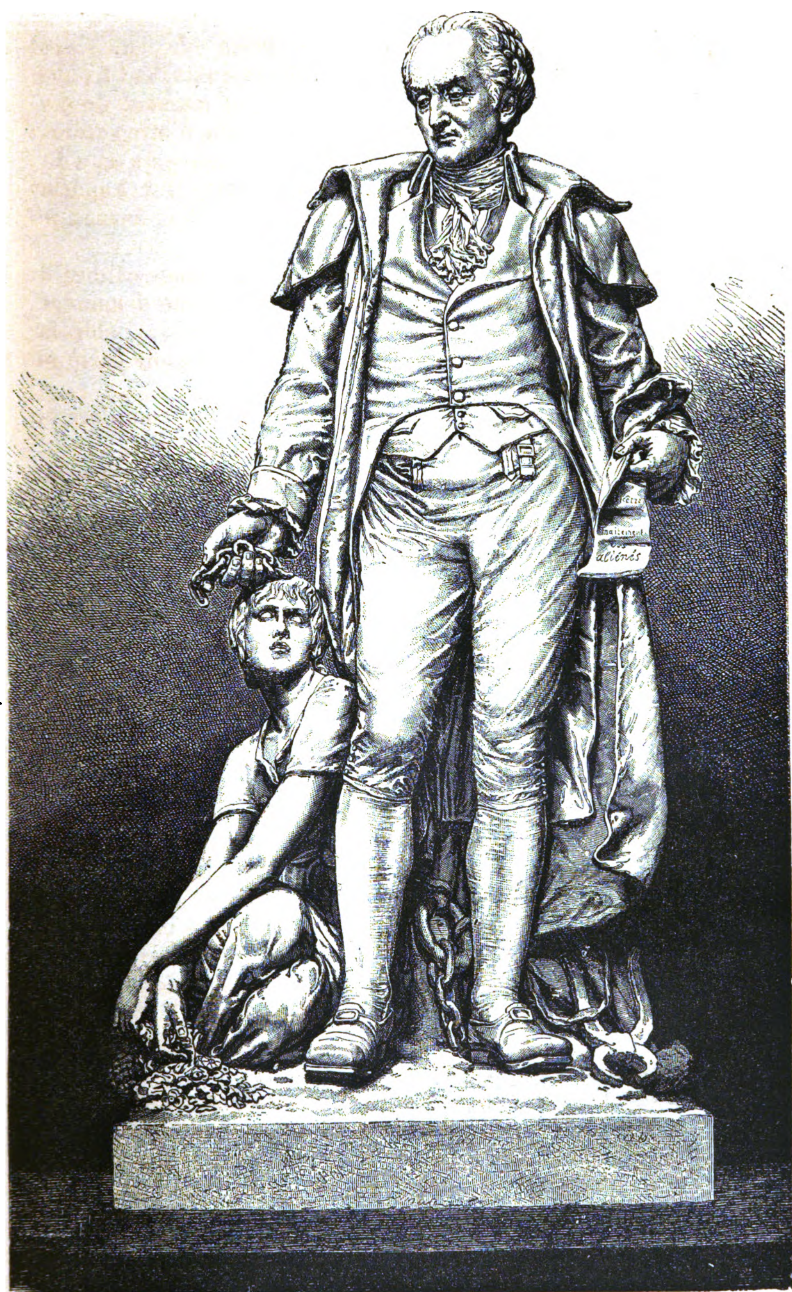
Depuis, le malade a eu trois autres accès complets et deux vertiges, mais il n'a pas manifesté d'agitation.

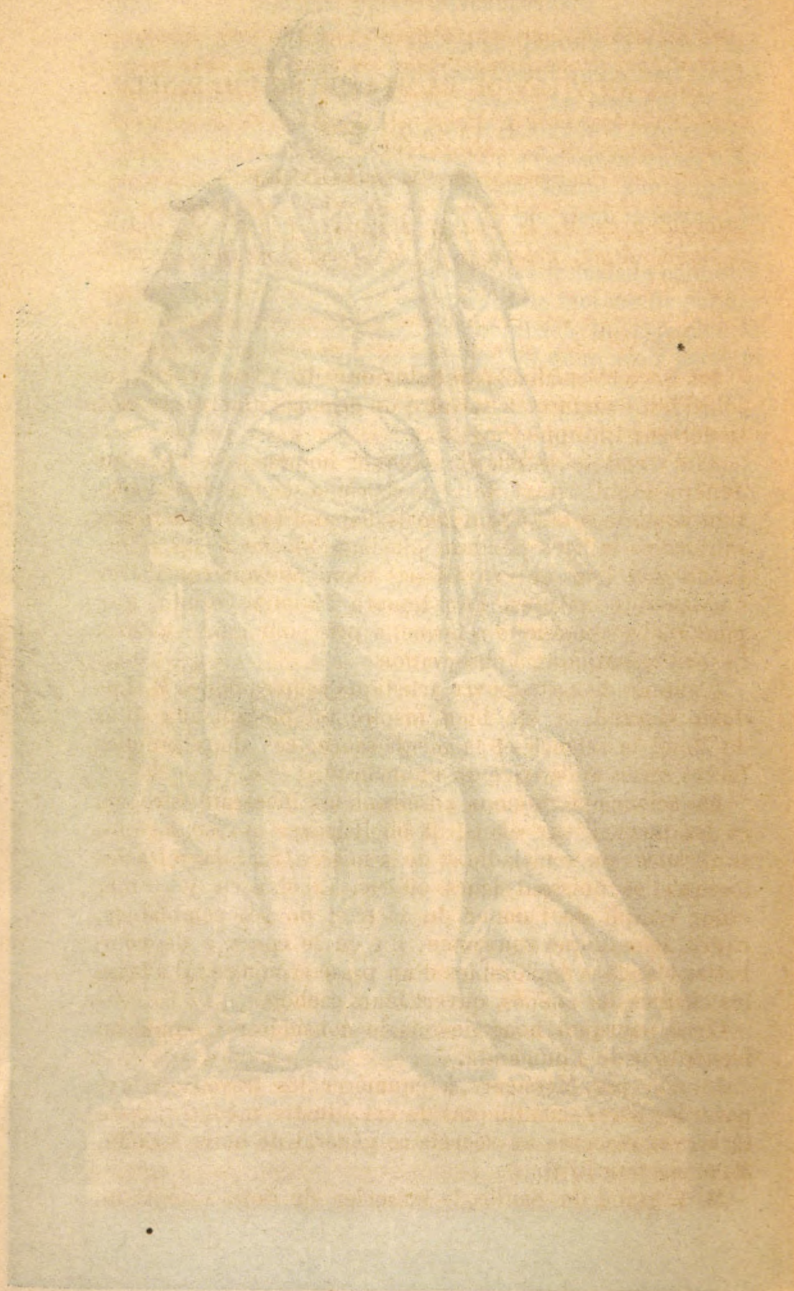
Réflexions. — Si notre interprétation n'est pas erronée, voici l'enseignement que nous pouvons retirer de cette observation. L'ictus épileptique réveille chez ce malade des accès inconscients d'agitation maniaque, qui durent tant qu'il est sous l'influence de cet ictus. C'est un héréditaire dont la folie reste à l'état latent, tant que l'épilepsie n'agit pas comme cause déterminante. Parfois ses actes après l'ictus ne révèlent pas cet état maladif; ils ne reflètent alors que l'état cérébral du malade avant les crises. Si sous l'influence du traitement, la névrose convulsive s'améliore, ce malade pourra paraître guéri; mais nous ne devons pas oublier qu'une autre cause pourra facilement déterminer chez lui la manifestation de la manie qui forme le fond de son hérédité. Si un accès maniaque vient à se produire chez ce malade, à quoi reconnaîtrons-nous que l'épilepsie ne peut pas être mise en cause? D'abord, à ce que cet accès se produira en dehors des crises convulsives; ensuite, et surtout, à ce qu'il conservera le souvenir plus ou moins complet de ses actes et de son agitation.

Les actes commis par les épileptiques sous l'influence de l'ictus, sont le reflet de l'état mental normal ou pathologique de ces malades.

Cet état mental varie et peut se modifier, non seulement par la médication bromurée ou autre, mais aussi par les circonstances, le temps et le milieu dans lesquels vivent ces malades.

La séance est levée à six heures. CHARPENTIER.


aliénés



INAUGURATION DE LA STATUE DE PH. PINEL

du 13 *juillet* 1885.

PRÉSIDENCE DE M. DAGONET

Allocution de M. le docteur Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, président de la Société médico-psychologique.

MESSIEURS,

La Société médico-psychologique de Paris vient aujourd'hui inaugurer la statue d'un grand et illustre citoyen, le docteur Philippe Pinel.

Elle rend ce public et solennel hommage à l'homme généreux qui, tirant de la barbarie la science de l'aliénation mentale, a fait à tout jamais disparaître les traitements inhumains infligés pendant plusieurs siècles à des infortunés que l'on ne croyait pas alors pouvoir considérer comme des malades. Elle honore l'homme érudit qui, pour réaliser une telle réforme, a pris pour guide naturel l'esprit scientifique d'observation.

L'auteur de cette œuvre artistique remarquable, M. Ludovic Durand, a été bien inspiré en plaçant aux côtés de Pinel la science et la bienfaisance, ces deux grandes forces mises au service de l'humanité.

La science dont nous admirons les incessants progrès et les merveilleux effets, la bienfaisance qui soulage les souffrances de la maladie et de la misère, font des miracles lorsqu'elles unissent leurs efforts. Pinel a su les unir; cœur rempli de l'amour du bien et de ses semblables, esprit scientifique convaincu, il a eu le courage de combattre les idées déplorables d'un passé séculaire; il a brisé les chaînes des aliénés, ouvert leurs cachots.

C'est pourquoi nous devons le considérer comme un bienfaiteur de l'humanité.

Je n'ai pas, Messieurs, à énumérer les travaux, à exposer les titres scientifiques de cet illustre médecin, cette tâche est réservée au secrétaire général de notre société, M. le docteur Ritti.

M. Legrand du Saulle, le trésorier de notre Comité de

souscription, vous fera connaître par quels efforts on est parvenu à réunir la somme nécessaire pour l'érection de la statue de Pinel.

Notre éminent collègue, M. Baillarger, le président de ce comité, nous exprime ses regrets de ne pouvoir se joindre à nous pour honorer la mémoire du savant illustre qui a tant contribué à l'amélioration du sort des aliénés.

Au nom de la Société médico-psychologique, je remets la statue de Philippe Pinel à la ville de Paris.

Notre Société a voulu que ce don fût fait, d'une manière solennelle, comme un témoignage public de son admiration pour le savant, pour l'homme de bien, et comme la consécration des sentiments généreux et des convictions ardentes qui ont honoré notre pays, notre première République, et qui transmettront aux générations à venir un nom glorieux et impérissable. (*Applaudissements.*)

Discours de M. Robinet, vice-président du Conseil municipal.

MESSIEURS,

Au nom du Conseil municipal de Paris, je remercie le Président de la Société médico-psychologique, M. le docteur Dagonet, des paroles qu'il vient de prononcer.

Au nom de la ville de Paris, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue à l'un des savants les plus éminents, à l'un des hommes les plus dignes et les meilleurs qui aient jamais existé.

Messieurs, je laisse à d'autres plus compétents le soin de retracer la vie si bien remplie et les travaux scientifiques si importants accomplis par Pinel. Permettez-moi seulement, comme représentant de la municipalité parisienne et du Conseil général de la Seine, de ces deux corps à qui incombe la gestion et la tutelle des aliénés, permettez-moi, dis-je, sur cette place publique, devant ces vieux bâtiments de la Salpêtrière, de jeter un rapide coup d'œil sur le passé, de voir ce qu'étaient nos malheureux malades avant Pinel, ce qu'il a fait pour eux et ce qu'ils sont aujourd'hui.

« A Bicêtre, à la Salpêtrière, dit Pariset dans son éloge de Pinel, le vice, le crime, le malheur, les infirmités, les maladies les plus dégoûtantes et les plus disparates, tout était confondu comme les services. Les bâtiments étaient inhabitables. Les hommes y croupissaient couverts de

fange, dans des loges toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de jour et meublées seulement d'un lit de paille, que l'on renouvelait rarement, et qui bientôt devenait infect : repaires affreux où l'on se ferait scrupule de placer les plus vils animaux.

« Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Les malheureux malades étaient chargés de chaînes et garrottés comme des forçats. Ainsi livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus cruels traitements, qui leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements que rendait encore plus effrayant le bruit de leurs chaînes... Les femmes étaient enchaînées quelquefois toutes nues dans des loges presque souterraines, et pires que des cachots. A l'époque des crues de la Seine, ces cachots étaient envahis par les rats qui se jetaient la nuit sur ces malheureuses et les rongeaient partout où ils pouvaient les atteindre. A la visite du matin, on en trouvait dont les pieds étaient dévorés par ces animaux, elles succombaient souvent. Aussi, blessées de toutes parts, leur cœur ulcéré ne respirait que vengeance et, dans l'ivresse de haine qui les emportait, elles ne cherchaient, comme des bacchantes, qu'à déchirer leurs filles de service ou à se déchirer entre elles. »

Et dans quelle atmosphère, Messieurs, dans quel cadre hideux se plaçait cet enfer? C'était dans un milieu au moins aussi épouvantable, dans cet hospice-Bastille qui était la Salpêtrière, là où se trouvaient enfermées pêle-mêle à côté des aliénées toutes les misères sociales de l'époque, les infirmes, les malades, les prostituées.

Quel phénomène plus terrible que ce qu'on nommait alors *la plainte de l'hôpital*?

« Parfois, dit un auteur du temps, au milieu du silence de la nuit, les habitants des quartiers Saint-Marcel et Saint-Victor entendent s'élever une clameur, une sorte de gémissement sauvage, qui se répète à intervalles réguliers : c'est la plainte de l'hôpital !

« Comprimé, refoulé, ce flot de rancunes et de haines qui inonde le cœur de toutes ces malheureuses, monte lentement ; à un moment il déborde ; elles ont convenu une révolte, et toutes, au nombre de plusieurs mille, en

même temps, au même signal, poussent des hurlements épouvantables. Ce cri d'alarme qui se propage à près d'une lieue, produit un saisissement horrible. »

Notre grande Révolution arrive enfin, avec son cortège d'idées réformatrices et humanitaires. En 1792, les trois administrateurs des hospices, représentants de la commune de Paris, Thouret, Cousin et l'illustre Cabanis, tous trois amis de Pinel, jugèrent qu'il était le seul homme de Paris et même de la France qui fût en état de remédier à tant de maux.

Quel homme, en effet, était mieux préparé pour les réformes qu'il avait à accomplir ?

D'un tempérament dont la bonté était le caractère essentiel, imbu du sentiment social à un haut degré, Pinel avait reçu une puissante éducation scientifique et notamment celle qui est la base de toutes, une éducation mathématique très étendue.

Esprit profondément émancipé, il était intimement mêlé au grand mouvement philosophique du dix-huitième siècle; il avait été l'un des hôtes assidus du salon d'Helvétius ; en relation constante avec la plupart des encyclopédistes, il était en rapports intimes avec les savants et les philosophes les plus illustres, avec les Fourcroy, les Berthollet, les Cabanis, les Condorcet et tant d'autres.

Tel était l'homme à qui fut confiée la direction de Bicêtre, puis de la Salpêtrière.

Sous sa haute influence, tout changea bientôt de face.

A la contrainte, aux tortures usitées presque partout ailleurs, Pinel substitua des procédés où la justice était tempérée par la bonté. Plus de fers, plus de chaînes. Il laissait aux malades paisibles toute la plénitude de leur liberté.

Avec lui apparurent vis-à-vis des aliénés la pitié, les égards, les ménagements, la douceur, la justice.

Partout, il substitua l'ordre à la confusion, la règle au caprice et les saints devoirs de l'humanité aux honteux excès de la barbarie.

Telle fut, Messieurs, au point de vue spécial que j'ai envisagé, l'œuvre humanitaire de ce savant, bon entre tous.

L'œuvre de Pinel, et c'est là un de ses plus beaux titres, a trouvé des continuateurs. L'école de la Salpêtrière fait encore la gloire de la France, et elle compte ici de bril-

lants représentants. Si, du côté des médecins, personne n'a failli à sa tâche, d'un autre côté, nous pouvons le dire hautement, les pouvoirs départementaux et communaux, depuis plusieurs années, n'ont reculé devant aucune dépense, devant aucun sacrifice, pour l'amélioration du sort des aliénés. Espérons que les pouvoirs publics, par des modifications profondes au projet de loi actuellement en discussion, feront aussi leur devoir. Quant à la ville de Paris et au département de la Seine, je le répète, et c'est par là que je termine, ils sont prêts à introduire tous les perfectionnements qui seront réclamés. Ce sera là, Messieurs, le plus bel hommage que nous puissions rendre à la mémoire de Pinel, le bienfaiteur des aliénés.

Encore une fois, Messieurs, au nom du Conseil municipal, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue et de l'offrir à la ville de Paris, je remercie tous les membres de la Société médico-psychologique et je remercie l'éminent sculpteur, M. Ludovic Durand, pour l'œuvre magistrale dont il a enrichi le patrimoine artistique de notre chère Cité.

Au nom de Paris, hommage et salut à la grande figure de Pinel ! (*Applaudissements.*)

Discours de M. Poubelle, préfet de la Seine.

MESSIEURS,

M. le Président du Conseil municipal vous a adressé les remerciements des élus de la Cité pour le don gracieux que vous venez de faire à la ville de Paris. Je viens l'accepter officiellement en son nom et vous donner l'assurance que, comme il est bien reçu, il sera bien gardé.

Cette statue, élevée par vous à la mémoire de Pinel, ne consacrera pas seulement son souvenir ; elle rappellera, en même temps, que c'est grâce à l'initiative de la Société médico-psychologique, à sa persévérance, à sa générosité, que ce monument a pu être érigé. L'hommage rendu aux morts illustres honore aussi les vivants : l'estime qu'ils font du mérite et de la vertu d'autrui ramène, par un juste retour, la pensée sur leur propre mérite et l'on remarque, avec raison, que si Pinel a ouvert le chemin et donné l'exemple, il a trouvé parmi tant d'hommes dis-

tingués, dont les noms sont présents à tous les esprits, des continuateurs dignes de lui.

Votre Société a su les réunir presque tous dans ses rangs; elle a associé les efforts, doublé les bonnes volontés, recueilli dans ses annales des documents précieux, ouvert à chacun sa publicité, et, grâce à ses correspondants français et étrangers, concentré en un seul faisceau toutes les lumières que les travaux de ce siècle ont projetées sur cette terrible maladie qui laisse le mieux voir à la fois la grandeur et la misère de l'homme : l'aliénation mentale.

Vous ne pouviez mieux glorifier les idées qui inspirent votre apostolat qu'en élevant une statue à l'homme qui les a le premier personnifiées avec tant d'autorité; qu'en la plaçant au seuil de ce grand établissement où, sous une direction active et vigilante, se sont accomplis de nos jours tant de progrès et où l'étude des maladies mentales compte tant d'éminents promoteurs.

A la Salpêtrière, comme à Bicêtre, c'est Pinel qui a été l'initiateur. L'intéressant tableau de Tony Robert-Fleury et cette belle statue le montrent délivrant les aliénés de leurs chaînes. Ce fut, en effet, partout où il a passé, son premier acte et il était significatif. En cessant de traiter l'aliéné comme une bête féroce que l'on renonçait à guérir, et qu'il suffisait de réduire, il lui a restitué sa dignité d'homme ; il a fait comprendre à tous, et spécialement à ses gardiens, qu'ils avaient devant eux simplement un malade dont l'affection n'était souvent que passagère, qui devait, plus encore que tout autre malade, être un objet d'égards, de soins diligents, et trouver, dans l'asile qui le recueillait, une protection à la fois ferme et bienveillante.

Telles sont les idées morales que ce monument doit surtout provoquer et enseigner. Pour que l'exemple, et, j'ajouterai, la justice, fussent complets, je voudrais qu'auprès de la statue du médecin illustre, quelque part, sur les murs de cet asile, une inscription commémorative rappelât le nom de Pussin. Dans son emploi de surveillant à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, il a secondé de la manière la plus intelligente et la plus active l'œuvre du grand aliéniste. Pinel lui rend cet hommage à maintes reprises dans ses écrits, et, puisque les personnes qui sont constamment auprès des aliénés, peuvent le plus pour leur bien-être,

leur repos, et leur guérison, il m'a semblé à propos de reconnaître ici publiquement la valeur de ces discrets, mais très réels services. Pinel, Messieurs, « n'était pas seulement, selon le mot de Cuvier, un beau génie, c'était encore un excellent homme. » La bonté l'a constamment inspiré, et l'on peut se souvenir de l'un de ces modestes serviteurs qui, comme lui, ont été bons, en face du monument élevé par vos mains généreuses, à la science et à l'humanité! (*Applaudissements.*)

Discours de M. Legrand du Saulle, au nom du Comité d'initiative de la statue de Pinel.

En France, notre instinct chevaleresque et honnête nous conduit à honorer le génie partout où il s'est rencontré. Pour nous, la reconnaissance publique a des droits imprescriptibles. Elle peut se faire très longtemps attendre, mais l'heure de la réparation finit toujours par sonner.

La solennité qui nous réunit aujourd'hui est une preuve bien significative de ce que j'avance, et c'est avec une satisfaction profondément émue que j'ai en ce moment l'honneur de présenter aux mandataires de la ville de Paris et au premier magistrat du département de la Seine ce bronze monumental élevé à la mémoire du Dr Philippe Pinel, médecin en chef de Salpêtrière, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences et membre d'honneur de l'Académie de médecine, mort à Salpêtrière, à l'âge de quatre-vingt-un ans, le 26 octobre 1826.

Pinel ne fut pas seulement cet illustre médecin, dont les titres scientifiques vous seront rappelés tout à l'heure par le secrétaire général de notre Compagnie, mais il fut encore un philanthrope perspicace et osé, un patriote sincère, un grand citoyen. Appelé vers la fin de 1792 aux fonctions de médecin de Bicêtre, il fut aussi affligé qu'indigné du spectacle horrible qui chaque jour s'offrait à ses yeux. Les malades, chargés de chaînes, à peine vêtus, croupissaient sur de la paille, au milieu d'immondices, dans d'étroits et infects cabanons. A leurs manifestations délirantes ou convulsives, à leurs cris ou à leurs supplications, il n'était répondu d'ordinaire que par des sévices!

En voyant que les troubles de l'esprit pouvaient conduire à un pareil état d'abjection et appelaient en quelque sorte de semblables cruautés, le nouveau médecin de Bicêtre s'arrêta à la généreuse pensée d'une grande et secourable réforme, puis il conçut bientôt l'admirable projet d'élever le fou à la dignité de malade.

Le hasard le servit bien. Il avait sous ses ordres un surveillant très zélé, actif, plein de cœur, d'un courage éprouvé, et Pussin fut pour lui un précieux collaborateur. Honneur au modeste employé, honneur à Pussin!

Philippe Pinel demanda un jour à la Commune de Paris la permission de briser les fers de ses malades. Une vive opposition se manifesta, et Couthon, président, crut devoir se transporter le lendemain à Bicêtre. — « Es-tu donc fou toi-même, dit-il à Pinel, de vouloir déchaîner toutes ces bêtes féroces? » — « Non, répondit le médecin de Bicêtre, j'ai la conviction que ces malheureux ne sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. Lorsqu'ils seront libres, ils se calmeront et peut-être redeviendront-ils raisonnables. » — « Eh bien! fais comme il te plaira, » répliqua Couthon.

Vous savez ce qui advint, et chaque jour, depuis presque un siècle, nos aïeux dans la science, nos maîtres et nous-mêmes, nous n'avons été que les admirateurs, les disciples et les continuateurs de Pinel.

Mais comment, à cette heure, ce monument se trouve-t-il sur cette place? Chaque statue a son histoire, et je tiens à dire comment naquit le projet concernant le héros de cette fête.

Par une maussade matinée de printemps, un médecin et un artiste, réunis pour un portrait dans un atelier de sculpture, s'entretenaient sans animation des choses du grand art. Le statuaire citait les œuvres qu'il avait exposées au Salon, à différentes reprises, énumérait les médailles qu'il avait obtenues, et arriva tout à coup à cette confidence : « Je voudrais maintenant, dit-il, faire une belle statue pour l'une des places de Paris. » — « Qu'à cela ne tienne, lui répondit le médecin, je vous commande la statue de Philippe Pinel brisant les fers des aliénés. Représentez-moi dans un groupe en bronze ce que M. Tony Robert-Fleury a si bien rendu par la peinture. » L'artiste, étonné, ému peut-être, promit de se recueillir, d'aviser

et de présenter promptement des esquisses et quelque chose comme un avant-projet. Il avait compris, à la façon dont le médecin avait formulé sa commande, qu'il ne s'agissait pas d'un plaisant badinage d'atelier. Et, de fait, sa confiance fut loin d'être trahie, puisque nous sommes ici aujourd'hui.

Le médecin dont il s'agit était membre de la Société médico-psychologique. Il avait compté sur ses confrères et il avait bien fait. Nous allons le retrouver dans un instant, mais je dois au préalable présenter la Société médico-psychologique aux membres du corps municipal et à toute l'assistance.

Vers 1852, un petit groupe de travailleurs sérieux s'assemblait à la Faculté de médecine, dans une salle d'emprunt, et là, avec un grand zèle, se mettait à discuter sur les choses de la sience et de la philosophie, sur la psychologie morbide et sur l'amélioration du sort des aliénés. Au bout de quelques mois, la clinique mentale était abordée, puis la médecine légale appliquée à la folie et aux névroses, et enfin l'organisation administrative de nos grands établissements spéciaux. Lallemand, Gerdy, Buchez, Ferrus, Adolphe Garnier, Cerise, Peisse, Alfred Maury, Parchappe, Paul Janet, Trélat, Falret, Félix Voisin, Calmeil, Moreau (de Tours), Ott, Delasiauve, Casimir Pinel (neveu), Sandras, Archambault et beaucoup d'autres, avaient répondu à l'appel d'un aliéniste éminent qui, non content d'avoir fondé un important recueil scientifique, sous le nom d'*Annales médico-psychologiques*, avait pressenti tous les services que pourrait rendre encore une Société médicale spécialisée, une Société *médico-psychologique*. Ce clinicien si remarquable, ce professeur libre si suivi et si écouté pendant plus de vingt ans, a passé trente-deux ans de sa vie à la Salpêtrière et a été l'un des continuateurs les plus ardents de Philippe Pinel. Il a eu le rare bonheur de voir survivre et prospérer toutes ses œuvres, et, à cette heure solenelle, si M. Baillarger est retenu loin de nous par quelques soins à donner à sa santé, il est présent du moins par la pensée et par le cœur. Aussi, lui adressons-nous depuis ici nos respectueuses cordialités et nos vœux les meilleurs. (*Applaudissements.*)

Sous l'inspiration d'un tel chef, la Société médico-psy-

chologique continua depuis à travailler sans relâche. Elle est devenue l'une des Sociétés savantes les plus accréditées, et nous avons compté ou nous comptons parmi nous des membres du Sénat, de la Chambre des députés, du Conseil municipal de Paris, de l'Institut. du Collège de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux de Paris et la plupart des médecins des services d'aliénés du département de la Seine.

Un jour, à la séance du 23 décembre 1877, le médecin que nous avons laissé dans l'atelier d'un statuaire, monta à la tribune et soumit aux membres de la Compagnie l'avant-projet d'une statue à élever à Philippe Pinel. La Société médico-psychologique pensa qu'il était de son devoir de ne point se désintéresser dans cette question de justice tardive et de réparation scientifique. En effet, si la Société existe elle-même et si elle compte plusieurs sœurs cadettes en Europe et en Amérique, n'est-ce point parce que Pinel a imprimé une impulsion vigoureuse à l'étude de l'homme frappé dans son intelligence et qu'il a presque créé de toutes pièces la science des maladies mentales? Une commission fut nommée et le rapport fut lu en séance le 25 mars 1878. Permettez-moi de vous citer quelques phrases de ce document important : « La France, disait le rapporteur, distraite par tant d'événements divers et peu attentive aux réminiscences attendries d'un passé lointain, a laissé sa dette s'accroître vis-à-vis de Pinel. Un siècle nous séparera tout à l'heure de la grande réforme opérée par le savant philanthrope de Bicêtre, sans que l'éclat du bienfait soit terni. Plus les troubles de la raison se multiplient, plus la science progresse, plus les asiles ouverts aux naufragés de l'intelligence s'améliorent, plus la Société médico-psychologique grandit, et plus nous devons en reporter l'honneur à Pinel, qui a tout fait, tout enseigné, tout inspiré. Nous-mêmes, les petits-fils scientifiques de Pinel, nous ne sommes que des continuateurs marchant avec notre époque et cherchant sans cesse à élargir la voie ouverte tout à coup par le génie de notre aïeul illustre.

« Le novateur de la médecine mentale a donc des droits imprescriptibles à la reconnaissance publique. »

Séance tenante, la Société vota à l'unanimité la proposition de vœu que voici :

« La Société médico-psychologique,

« Considérant que Philippe Pinel est l'une des gloires médicales les plus pures de la France; que c'est sur son initiative perspicace et hardie que sont tombées, en 1793, les chaînes des aliénés, à Bicêtre; qu'il est le véritable fondateur de la science des maladies mentales; qu'il a fondé, par son enseignement éclatant et fécond, à la Salpêtrière, un très grand nombre d'élèves qui ont propagé partout ses idées, ses réformes et ses bienfaits;

« Considérant que Philippe Pinel n'a pas été seulement une illustration dont s'enorgueillissent l'Académie des sciences, l'Ecole de médecine et les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais encore qu'il a exercé une influence décisive et éminemment secourable sur une classe nombreuse de malades et de déshérités, et qu'à ce titre, il est considéré dans le monde entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité.

« Emet le vœu qu'une statue soit élevée à Philippe Pinel, à Paris. »

Ce vœu est devenu une réalité, et il constitue en quelque sorte l'acte de naissance de la statue, le premier titre de la nouvelle propriété de la ville de Paris.

Et maintenant, Messieurs, que vous connaissez les origines du monument et les qualités des donateurs, permettez-moi de m'adresser aux représentants du corps municipal de Paris et de l'administration départementale de la Seine, et souffrez que je leur tienne ce langage : « Au nom du comité d'initiative de la statue, je vous remets gracieusement ce groupe monumental et je vous invite à en prendre possession. » (*Applaudissements.*)

Je ne saurais descendre de cette tribune sans adresser les plus vifs remerciements aux pouvoirs publics et aux hommes qui sont venus si libéralement en aide au comité, dont les soucis et les embarras ont été parfois bien lourds.

Je remercie le gouvernement de la République française, dans la personne de M. le Ministre de l'intruction publique et des beaux-arts. Non seulement l'Etat a subventionné le groupe en bronze, mais encore les deux statues en pierre, la *Bienfaisance* et la *Science*, qui décorent le piédestal.

Je remercie le Conseil municipal de la ville de Paris, qui a souscrit avec tant d'empressement à la statue et au

piédestal, et qui a bien voulu voter des fonds pour l'aménagement de la place de la Salpêtrière et même pour la décoration de cette solennité.

Je remercie le Conseil général de la Seine de la sérieuse allocation qu'il nous a accordée. Les médecins des services d'aliénés du département sont très touchés des sacrifices si considérables que le Conseil général, si soucieux des graves intérêts qui lui sont confiés, s'impose chaque année en faveur de nos chers malades. Il est animé des sentiments les plus philanthropiques et les plus secourables. Aucune infortune ne le laisse insensible et froid. Honneur à lui!

Je remercie l'Administration générale de l'Assistance publique, qui, en souscrivant à la statue de Pinel, a voulu montrer une fois de plus dans quelle estime elle tient les médecins placés à la tête de ses nombreux services.

Je remercie le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui a bien voulu provoquer et recueillir plus de quarante souscriptions.

Je remercie la *Gazette des hôpitaux*, dont le concours spontané nous a été si utile.

Je remercie avec une profonde émotion le statuaire, M. Ludovic Durand, dont l'œuvre magnifique est sous vos yeux, et qui s'est montré non seulement un grand artiste, mais un homme désintéressé. Il y a des services qui engagent et honorent un gouvernement; il y a aussi une distinction qui est capable de récompenser de tels services. Nous allons attendre avec une grande et légitime impatience l'heure de la justice. Si elle ne sonne pas aujourd'hui, elle sonnera certainement demain.

Je remercie tous les souscripteurs, et je remercie enfin mes chers et honorés confrères de la Société médico-psychologique qui m'ont imposé le grand honneur de prendre la parole devant vous. *Nihil est quod malim quam me gratum esse videri.*

Et maintenant, Messieurs les représentants de la ville de Paris, daignez veiller sur le monument élevé à la gloire de Philippe Pinel. Nous l'avons lentement et péniblement édifié, nous l'avons chaque jour aimé davantage, et l'illustre vieillard est devenu de la sorte notre propre enfant. C'est tout ce que nous possédons et nous vous le donnons de grand cœur. (*Applaudissements.*)

Eloge de Philippe Pinel, par M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire-général de la Société médico-psychologique.

(V. plus haut, p. 185).

Discours de M. Pichon, membre du Conseil municipal.

MESSIEURS,

Ce n'est pas à ceux qui ont eu l'idée d'élever cette statue que l'on fera le reproche d'avoir exagéré l'hommage dû par la postérité aux hommes qui l'ont bien servie. L'éclat et la spontanéité de cette manifestation, que nous remercions la Société médico-psychologique d'avoir fait coïncider avec notre fête nationale, témoignent que le souvenir et la reconnaissance des bienfaits de Pinel ne s'effaceront pas.

S'il est vrai que les grands hommes doivent être classés d'après la justice qu'ils ont fait entrer dans le monde, une place d'honneur ne revient-elle pas parmi eux au savant, au philosophe qui a fait plus que de prêcher l'horreur de la violence, qui lui a substitué, dans la pratique, le respect du droit du faible, la tolérance et l'humanité ?

L'inauguration de la statue de Pinel est comme la fête de la bienfaisance. D'autres ont loué la science du médecin: il est au rang des plus illustres. Mais sa gloire est, par dessus tout, d'avoir appliqué, dans sa profession, des idées qui font de la philosophie du dix-huitième siècle l'initiatrice du droit moderne et la souveraine émancipatrice.

N'est-ce pas un ami de Pinel, le grand Condorcet, qui donnait pour règle à cette philosophie le sentiment de l'humanité, « c'est-à-dire celui d'une compassion tendre, active, pour tous les maux qui affligent l'espèce humaine, d'une haine pour tout ce qui, dans les institutions publiques, dans les actes du gouvernement, dans les actions privées, ajoute des douleurs nouvelles aux douleurs inévitables de la nature? » N'est-ce pas l'auteur de l'admirable *Tableau des progrès de l'esprit humain* qui dénonçait l'insouciance barbare qui immolait dans les hôpitaux tant de victimes humaines ?

Diderot avait déjà dit dans l'*Encyclopédie* : « Le noble et sublime enthousiasme de l'humanité se tourmente des peines des autres et du besoin de les soulager ; il voudrait parcourir l'univers pour abolir l'esclavage, la superstition,

le vice et le malheur... il se plaît à s'épancher par la bienfaisance sur les êtres que la nature a placés près de nous. J'ai vu cette vertu, source de tant d'autres, dans beaucoup de têtes et dans fort peu de cœurs. » Cette passion, qui ne s'enflamme pas dans une âme vulgaire, Pinel l'avait à la fois dans la tête et dans le cœur !

La Convention nationale, qui poursuivait au milieu des plus affreux déchirements, des difficultés les plus écrasantes, de la guerre étrangère et de la guerre civile, son œuvre de régénération sociale, et qui s'entourait, pour la mener à bien, de tous les grands esprits, ne pouvait manquer de faire appel aux lumières et au dévouement de l'émule des Hallé, des Corvisart et des Cabanis.

Ce fut elle qui le nomma successivement médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il put accomplir ainsi, dans le traitement des malades atteints d'aliénation mentale, la révolution qui est l'éternel honneur de sa vie et qui a supprimé d'une façon définitive les pratiques de barbarie alors en usage dans les hôpitaux.

Ce fut encore la Convention nationale qui l'appela à l'une des premières chaires de la Faculté de médecine réorganisée et qui lui permit de donner à son enseignement toute sa portée, tout son rayonnement et toute son autorité.

Il fallait que cela fût dit devant cette statue, autant pour glorifier Pinel que pour rendre justice à l'Assemblée qui l'a choisi l'un des premiers pour contribuer à la reconstitution morale de la Patrie.

C'est surtout lorsqu'on songe au nombre prodigieux de grands hommes qui ont, par leurs travaux, leurs méditations et leurs luttes, préparé pendant l'épopée révolutionnaire les destinées glorieuses du monde nouveau que l'on est tenté de redire le mot de Michelet :

« Le vertige me vient à regarder la scène de tant d'êtres, hier morts, aujourd'hui si vivants créateurs ! » (*Applaudissements.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1884.

Analyse par M. le Dr Camuset.

Gazette des Hôpitaux (1884).

1. *Anesthésie chirurgicale; emploi d'un mélange titré de chloroforme et d'air;* par M. le Dr Péan. Leçons recueillies par le Dr A. Aubeau (n° 1).

On a cherché déjà, mais en vain, à doser la quantité du chloroforme employé dans l'anesthésie chirurgicale. On s'est basé sur le poids du chloroforme consommé ou sur l'intensité plus ou moins grande du courant d'air chargé de vapeur de chloroforme. Dans ce dernier cas, on réglait le courant au moyen de différents systèmes de robinets. Mais le poids total du chloroforme employé n'a qu'une importance secondaire et les lois de l'écoulement des gaz sont encore mal connues. — M. P. Bert a institué des expériences de laboratoire, dans lesquelles les proportions de chloroforme et d'air restent sensiblement constantes dans le mélange de ces deux agents pendant toute la durée de l'anesthésie, et il a reconnu qu'un mélange de 8 à 10 parties de chloroforme et de 100 parties d'air en poids (soit un volume de 8 centimètres cubes de chloroforme et de 150 centimètres cubes d'air) maintient un chien endormi pendant deux heures, sans que la circulation ni la respiration soient modifiées chez cet animal. Après ce laps de temps, la respiration peut se ralentir et même s'arrêter. — M. le Dr de Saint-Martin a fait construire un appareil commode et portatif, qui remplit les conditions indiquées par M. P. Bert, et dont on trouve la description dans l'article que nous analysons. M. Péan s'est servi de cet appareil pour obtenir l'anesthésie dans une série de six opérations.

Il résulte des six observations relatées que le mélange n'est pas désagréable à respirer, qu'il n'exerce aucune action locale sur les muqueuses et qu'il ne provoque ni spasmes, ni hypersécrétion glandulaire, ni toux, ni suffocation. La période d'excitation est insignifiante et l'anesthésie complète apparaît après quelques minutes.

2. *Névrose cardio-vasculaire;* par M. le professeur Potain (n° 2).

Observation d'un malade atteint de crises survenant chaque jour à des heures irrégulières, et chez lequel la santé est normale pendant leurs intervalles. — Chaque crise débute par de l'angoisse précordiale et sternale, puis les battements du cœur deviennent précipités, le pouls s'élève à 120 pulsations, il y a de l'apnée. La respiration affecte le type chayne-stoke. La crise dure plus ou moins longtemps et, à la fin, le malade reste en prostration, immobile, insensible, comme s'il était en coma, mais il ne perd pas connaissance. — On ne trouve aucune lésion organique du cœur ni des gros vaisseaux. Les urines sont normales. Le cerveau fonctionne bien.

M. Potain rejette l'hypothèse d'une angine de poitrine, les douleurs ne s'irradiant pas au bras, et il admet la réalité d'une névrose dans laquelle le bulbe est troublé. En outre, prenant en considération la périodicité et la spontanéité des crises, ainsi que l'état d'indifférence du malade, il croit qu'il y a entre ces troubles nerveux et l'épilepsie une certaine ressemblance, une certaine analogie.

3. *Rôle de l'hérédité nerveuse dans l'ataxie locomotrice* (n° 8).

C'est le résumé du travail de MM. Landouzy et Ballet, couronné par l'Académie de médecine. On connaît les conclusions auxquelles sont arrivés ces auteurs : La part pathogénique prédominante dans le tabes dorsalis appartient à l'hérédité ; la syphilis n'a qu'une part secondaire, occasionnelle, comme le froid et les excès.

4. 1° *Asphyxie et syncope locale des quatre extrémités; accidents cérébraux, bulbaires et cardiaques; électrisation, amélioration.* — 2° *Atrophie musculaire progressive ;* par M. le professeur Vulpian. Leçon faite à l'Hôtel-Dieu et recueillie par M. Bronon interne des hôpitaux.

1re *observation.* C'est Maurice Raynaud qui a étudié le premier cette affection curieuse connue sous le nom d'asphyxie locale des

extrémités; il lui a reconnu trois degrés. Dans le premier degré, il y a spasmes des artérioles, le sang afflue alors dans les capillaires et dans les veinules par suite de l'absence du *vis a tergo*, c'est *l'asphyxie locale des extrémités*. Dans le second degré, le spasme se propage aux capillaires (qui sont contractiles comme l'a démontré M. Rouget) et aux veinules, c'est la *syncope locale des extrémités*, il y a ischémie. Dans le troisième degré, on a la *gangrène locale des extrémités*. — La cause de ce processus est mal connue, il y aurait étroitesse des artères.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation, est exempte d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. Elle avait depuis longtemps des engelures ulcérées aux pieds. Plus tard, elle eut de l'asphyxie des extrémités supérieures et des sueurs profuses, que l'électrisation augmentait encore aux extrémités inférieures. Actuellement, elle a de la syncope locale des quatre extrémités. En plus, la sensibilité est émoussée sur tout le tégument, les courants même intenses ne sont pas douloureux et ne rougissent pas la peau. Enfin, la malade a des accidents nerveux, survenant par crises, d'un quart d'heure de durée, et caractérisés par de l'angoisse, des troubles respiratoires, des palpitations et des vertiges. — Les artères pédieuses et radiales sont très petites, et il y a un léger souffle à la pointe du cœur.

En résumé, syncope locale et accidents nerveux qui sont non pas des accidents hystériques, mais bien des phénomènes de constriction vasculaire du côté du cœur, du cerveau et du bulbe. — Le traitement a consisté en électrisation quotidienne et a réussi.

2° *observation* : Atrophie musculaire progressive chez un jeune homme de 20 ans. L'affection commença, il y a trois ans, par les membres inférieurs, ce qui est rare. Les deux membres devinrent graduellement difficiles à mouvoir et ils maigrirent. Un an après, les pieds se mirent en extension forcée et se portèrent en varus, les péroniers étant atrophiés. Vers la même époque, les membres supérieurs commencèrent à s'affaiblir et il y eut des palpitations et des hémoptysies (rien au cœur ni aux poumons). Puis survinrent des attaques épileptiques. — Actuellement, presque tous les muscles du tronc et des membres sont pris, mais inégalement; la face est [illegible], mais le cou est affaibli. Le diaphragme est lui-même [illegible], car chaque inspiration se dédouble ; dans le premier temps, les viscères abdominaux sont attirés vers la base du thorax, et ils sont repoussés dans le second.

Cette observation est remarquable au point de vue de la rapidité de l'évolution de l'affection (deux ans, tandis qu'il faut ordinairement cinq, six, et même quinze ans, pour que les sujets arrivent à l'état de notre malade). Elle est encore remarquable au point de vue du début, les membres inférieurs ayant été pris les premiers. Enfin, elle l'est aussi au point de vue de l'épilepsie concomitante, car le malade n'est pas héréditaire et ses attaques sont liées à l'affection spinale (expériences de Brown-Séquard dans lesquelles les attaques surviennent après les lésions médullaires).

On sait que l'atrophie musculaire progressive est produite par l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Il n'y a d'exception que pour l'atrophie congénitale, mal connue encore, qui commence par la face et qui serait une lésion myopathique autochthone, la moelle restant indemne.

5. *Les accidents cérébraux dans le diabète*; par M. le Dr Legrand du Saulle (nos 18, 21, 24, 27 et 30).

Dans ces leçons, M. Legrand du Saulle expose les différents troubles nerveux observés dans le diabète, il insiste surtout sur les troubles intellectuels qu'il a signalés le premier en 1877 et que Marchal de Calvi avait entrevus dès 1864.

Il étudie successivement : 1° Les troubles de la *motilité*: affaiblissement musculaire et fatigue rapide; diverses paralysies motrices: hemiplégie, paraplégie, mais surtout monoplégies à sièges variables; convulsions générales ou partielles, laissant après elle des parésies.

2° Les trouble de la *sensibilité* : Douleurs fulgurantes (rares), névralgies à sièges variables et souvent symétriques, hyperesthésies cutanées localisées, démangeaisons, anesthésies cutanées en plaques, amblyopie, dyschromatopsie; surdité (rare), anosmie, perte du goût (rare). — Tous ces troubles peuvent se réunir et se combiner de différentes façons.

3° Les troubles *vaso-moteurs*: le grattage de la peau détermine des raies d'un rouge vif; sécrétion sudorale diminuée ou exagérée; asphyxie locale des extrémités; mal perforant; atrophies musculaires; gangrène.

4° Troubles *cérébraux*: Les uns sont passagers : Céphalalgie, vertiges, syncopes, attaques apoplectiformes quelquefois mortelles. Les autres sont durables et plus profonds, ils constituent les véritables troubles intellectuels du diabète. On peut observer une apathie intellectuelle, véritable déchéance de la

volonté, qui va croissant sans cesse. Il y a d'abord inconscience de la situation, avec un optimisme relatif; l'appétit génital est perdu, ce que les malades acceptent presque toujours avec résignation. Plus tard, insouciance absolue, soliloquie placide sans délire. — Parfois, à l'apathie cérébrale se surajoute un impérieux besoin de sommeil (ces attaques de sommeil ont parfois appelé l'attention sur un diabète méconnu). On note aussi un état tout contraire : de l'insouciance, de la colère, de l'irritabilité. — Marchal de Calvi admettait une véritable vésanie diabétique. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on rencontre assez souvent un délire mélancolique à forme hypochondriaque, avec idées de ruine et tendance au suicide (plusieurs observations inédites à l'appui).

M. Legrand du Saulle note l'aphasie transitoire, et il consacre un assez long chapitre au coma diabétique découvert par Kussmaul. — Il termine par la discussion des différentes théories physiologico-pathologiques des accidents nerveux du diabète, théories qu'on peut bien trouver dans les différents auteurs, mais dont il présente un exposé comparatif clair et complet. Sa conclusion du reste est qu'en présence de toutes ces théories, le mieux est de rester éclectique.

6. *Hémicontracture primitive de la face d'origine centrale.* Observation de M. le professeur Potain (n° 32).

Homme de 65 ans. De 30 à 40 ans, bronchite avec hémoptysie. — En 1879, céphalalgie pariétale gauche avec vertiges, à plusieurs reprises, chutes violentes à terre sans perte de connaissance. — En 1880, la face se dévie à gauche, sans qu'il y ait paralysie des muscles du côté opposé. Tous les muscles animés par le facial sont contracturés, ils restent encore soumis à l'action de la volonté, mais ils n'obéissent que dans une limite très restreinte. — La sensibilité à la pression et à la température est diminuée dans tout le côté gauche, face et corps. Les mouvements sont un peu affaiblis aussi du même côté. On observe enfin une certaine difficulté à tenir l'équilibre debout.

La contracture primitive tonique idiopathique de la face est très rare. La contracture clonique (tic non douloureux) ou la contracture par action réflexe se rencontrent au contraire assez souvent. — M. Potain arrive par voie d'exclusion à admettre une lésion du facial à son origine, une tumeur du cervelet siégeant sur la portion qui constitue la paroi du quatrième ven-

tricule (on a eu, en effet, des symptômes de tumeur cérébelleuse); quant à la nature de cette tumeur, il croit qu'on a affaire à un cysticerque, à cause des hémoptysies anciennes qui n'étaient pas tuberculeuses et qui dépendaient sans doute de la présence de cysticerques dans le poumon. Le pronostic est évidemment grave.

7. *Paralysie faciale périphérique ;* par M. le professeur Vulpian (n° 37).

1re *observation.* Paralysie faciale droite avec tous les signes classiques; le goût est modifié dans la moitié droite de la langue, la luette est paralysée dans la moitié droite. La cause de la paralysie est périphérique, car il n'y a plus de contractilité farado-musculaire et qu'au contraire, la contractilité galvano-musculaire est exagérée. L'expérience de Strauss indique également la nature périphérique de la cause (injection de pilocarpine, la sécrétion sudorale est retardée de 1 à 2 minutes du côté atteint, quand la paralysie est périphérique). Le point lésé du facial est très haut placé, puisque la corde du tympan est atteinte (perte de goût), et que le nerf grand pétreux superficiel est également atteint (paralysie de la luette). — Cause? Pas de syphilis ni de tumeur intracrânienne, c'est donc là une paralysie à *frigore*.

2e *observation.* Analogue à la précédente, c'est encore une paralysie faciale *à frigore* dont il s'agit, mais la paralysie est moins profonde, puisque le goût est intact et que la luette n'est pas paralysée. — Le point lésé du nerf est situé dans l'aqueduc de Fallope. Dans ce conduit, le nerf est très serré, et son moindre gonflement inflammatoire provoque une constriction qui altère son fonctionnement comme s'il était coupé.

8. *De la chorée de moyenne intensité;* par M. le Dr Rendu (n° 39).

Leçon intéressante, dans laquelle nous relevons les notions suivantes : Le rhumatisme est la condition fréquente mais non indispensable de la chorée. — Cette névrose débute ordinairement graduellement, elle est précédée de prodromes: malaise général, fatigue, douleur musculaire. — Ce dernier signe n'est pas une manifestation rhumatismale, mais bien l'expression périphérique d'un état nerveux central. — Le début est parfois apoplectiforme, mais alors on a affaire à une chorée symptomatique et non à la chorée névrose. — La plupart des muscles de la vie organique échappent à la chorée. Ces muscles sont atteints comme les autres dans l'hystérie — Il y a souvent, au

début de la chorée, chez les sujets jeunes. des accidents psychyques, qui peuvent laisser des traces indélébiles.

9. *Les délirants chroniques et les dégénérés*; par M. le Dr Magnan. Leçons recueillies par le Dr Jules Respault, interne des asiles de la Seine (nos 47 et 49).

L'on n'admet plus que les monomanies soient des entités morbides. Le même sujet, examiné à toutes les périodes de son délire, présente en effet des monomanies différentes suivant l'époque; il existe en outre un certain ordre dans la succession de ces monomanies. — Une nouvelle espèce morbide se dessine donc, ayant ses symptômes, sa marche et sa terminaison propres. C'est le *Délire chronique*.

Le délire chronique a une marche délirante régulière, qui présente quatre périodes distinctes: — 1re période qui passe souvent inaperçue. Le sujet est triste, sombre, vaguement curieux. Il est *inquiet*. — 2e période. Les conceptions délirantes surgissent et se systématisent. Le malade devient *persécuté*. — 3e période. Apparition de quelques idées de grandeur, les idées tristes s'atténuent et finissent par disparaître. Le malade est devenu *ambitieux*. — 4e période. Les facultés s'affaiblissent, se dissocient et les idées délirantes se dissolvent. Le malade est *dément*.

L'aliéné prend l'empreinte de son délire dans les mœurs, les croyances du temps, etc. A la deuxième période, il sera par exemple ensorcelé, damné et alors, à la troisième, il deviendra prophète, messie. Mais il ne sera jamais messie avant d'avoir été damné, théomane avant d'avoir été démonopathe. — Le délirant chronique guérit assez souvent, quand il n'est qu'inquiet, très rarement quand il est persécuté, jamais quand il est ambitieux; ces malades peuvent arriver à 30, 40 ans, sans que leur diathèse vésanique se soit manifestée au dehors.

Les *dégénérés*, depuis l'idiot jusqu'à l'*héréditaire* à intelligence parfois très brillante, forment avec les délirants chroniques un contraste des plus nets. Dès la naissance, ils montrent leur tare et ils présentent tous un signe caractéristique, « une désharmonie constante, aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique. » Les stigmates physiques des dégénérés, bien étudiés par Morel, s'atténuent à mesure qu'on remonte l'échelle des dégénérés. Quant aux stigmates intellectuels tout aussi remarquables, on les a longtemps, sous le nom de monomanies, considérés comme des espèces morbides

véritables. Ce ne sont pourtant que de simples phases physiologiques, intervenant dans le cours d'une maladie, passant, revenant, s'enchevêtrant. Et c'est pourquoi M. Magnan les a désignés sous le nom de *syndromes épisodiques*. Le même malade peut être kleptomane, plus tard pyromane, homicide, suicide, etc..

Les syndromes épisodiques, des plus connus aux moins connus, sont : 1° la folie du doute — 2° l'agoraphobie, la claustrophobie, la topophobie — 3° la dipsomanie — 4° la pyromanie — 5° la kleptomanie — 6° les impulsions homicides et suicides — 7° la bélonéphobie — 8° l'onomatomanie — 9° l'arithmomanie -- 10° l'amour exagéré des animaux — et enfin, les anomalies sexuelles fréquentes, dont M. Magnan a fait une très intéressante étude qu'il a communiquée à la Société médico-psychologique (séance du 26 janvier 1885) et que pour cette raison nous n'analyserons pas.

Le dégénéré n'est pas à proprement parler un vésanique, mais il peut le devenir, sauf l'idiot, et le fait est fréquent. Son délire a une physionomie particulière, il est bizarrre, désordonné, rebelle à toute loi évolutive. Les idées de persécution et d'ambition éclatent d'emblée, sans se succéder, elles émergent pêle-mêle, forment un mélange inextricable. Enfin, le dégénéré vésanique peut guérir, alors qu'il présente tous les dehors d'un ambitieux et même d'un dément.

On peut donc dire que le délirant chronique est le régulier du délire et que le dégénéré en est l'irrégulier. D'où, en résumé, deux grandes classes d'aliénés: 1° les délirants chroniques; 2° les dégénérés.

10. *L'ataxie héréditaire;* par M. le professeur Charcot, clinique de la Salpêtrière (n° 50).

L'ataxie héréditaire est cliniquement intermédiaire à l'ataxie locomotrice et à la sclérose en plaques; histologiquement, la lésion n'est ni celle de l'ataxie ni celle de la sclérose en plaques, elle est une lésion diffuse des faisceaux postérieurs et latéraux avec toujours un peu d'inflammation chronique des méninges.

C'est une affection qui sévit ordinairement sur les enfants, elle n'est pas plus héréditaire que le tabes dorsalis et que la sclérose en plaques. Il y a ordinairement, comme dans ces deux affections, une hérédité indirecte. — Elle ne rétrograde jamais, son évolution et sa terminaison sont fatales. — Elle présente comme symptômes l'abolition des réflexes tendineux, la diffi

culté de la station debout et de la marche, presque toujours du nystagmus et de l'embarras de la parole. On n'observe pas de phénomènes oculaires ni viscéraux. Il n'y a jamais de troubles trophiques.

11. *Les accidents cérébraux dans le mal de Bright*; par M. le Dr Legrand du Saulle (nos 53, 56, 59).

M. Legrand du Saulle fait un exposé méthodique des accidents cérébraux de l'urémie. Il les divise en deux grandes classes, les accidents à forme rapide et les accidents à forme lente.

Les premiers affectent plusieurs types: — 1° Le *type comateux*.. Quand le coma est léger, on peut réveiller les sujets ; quand il est profond ,il ne diffère pas du coma profond ordinaire, ou bien il en diffère par des nuances excessivement légères. C'est ainsi que la face est pâle plutôt que livide, que la respiration n'est pas stertoreuse mais sifflante, ou bien elle a le type Chayne-Stoke, et qu'il n'y a jamais de paralysie localisée. Le coma peut exister isolément, ou bien s'associer avec les convulsions et le délire. Quand il est isolé, il tue souvent rapidement le malade; ou bien il y a des rémissions, des intermittences d'hébétude, puis un nouvel accès de coma, et ainsi pendant plusieurs jours jusqu'à la mort. Cependant le coma urémique n'est pas fatalement mortel, il peutse dissiper petit à petit. — 2° *Le type convulsif*. Il constitue le symptôme le plus fréquent de l'urémie, et on l'observe particulièrement quand il y a néphrite aiguë. — L'aspect des convulsions est celui de l'épilepsie vulgaire, jamais les convulsions partielles ne sont de nature urémique. Parfois, au lieu de secousses cloniques, on a des spasmes limités à certains muscles, les convulsions rappellent alors le tétanos. La perte de la conscience n'est pas de règle absolue. La mort est fréquente et survient ordinairement après une série d'attaques, mais elle n'est pas fatale. — 3° *Le type délirant*. Plus rare que les types précédents en tant que type pur, mais le plus souvent il leur est concomitant. Le délire est ordinairement doux et tranquille (incohérence placide de Lasègue), quelquefois il est bruyant, il revêt le caractère professionnel; on observe même le délire d'action. Il peut résumer à lui seul les accidents nerveux, et il a alors le caractère de la manie aiguë. On peut voir, dans le même accès ou dans une série d'accès, éclater tour à tour des idées de persécution et d'ambition mal ébauchées. Chez la plupart des vieillards, les rei

sont petits, granuleux, il y a de la néphrite interstitielle et pourtant les accidents nerveux urémiques des adultes sont rares chez eux; mais certains troubles intellectuels communs et inopinés (accès de manie avec délire d'action, agitation nocturne) paraissent devoir être mis sur le compte de l'urémie. Quinquaud a trouvé dans ces cas une accumulation énorme d'urée dans le sang. — 4° *Type dyspnéique*. Les troubles nerveux de ce type relèvent de l'innervation bulbo-médullaire, ils se combinent souvent avec les autres troubles, mais ils peuvent exister isolément. Tantôt on observe une dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, l'intelligence restant saine, tantôt on note la respiration cheyne-stokes (le type respiratoire cheyne-stokes est très fréquent dans l'urémie). — 5° *Type mixte*. Le plus fréquent. Convulsions, coma, délire, dyspnée se combinent. Le délire et la dyspnée sont les deux facteurs qu'on trouve le plus souvent isolés.

Les accidents nerveux urémiques *à forme lente* ont un début insidieux, le développement des phénomènes est lent et progressif, le pronostic est presque toujours fatal. On voit successivement des troubles d'affaiblissement intellectuel, de la torpeur, de l'indifférence ; puis de la céphalalgie gravative (indice très grave), de l'amblyopie, quelquefois de la diplopie, de l'amaurose. Ensuite l'intelligence s'obscurcit de plus en plus, il survient du subcoma, puis du coma interrompu par des mouvements convulsifs ou par du délire calme. La durée de ces accidents est parfois de plusieurs semaines, et la mort arrive par suite de l'aggravation des symptômes ou par des manifestations aiguës de l'urémie.

Quelques pathologistes doutent que l'urémie soit réellement la cause de ces accidents nerveux, ils expliquent ces derniers par l'anémie cérébrale ou par la congestion, ou bien par des hydropisies méningées. M. Legrand du Saulle admet qu'il y a insuffisance de sécrétion urinaire et toxihémie consécutive. Mais quel est le principe toxique ; est-ce l'urée? est-ce le carbonate d'ammoniaque? sont-ce les matières extractives de l'urine? — Toutes questions auxquelles il est impossible de répondre d'une façon certaine.

12. *Ovarie et hyperesthésie mammaire féroces datant la première de quinze années, la seconde de huit*; *disparition immédiate par une application d'argent*; par les Drs V. Burq et Moricourt (n° 57).

Une jeune fille de 20 ans, épileptique depuis l'enfance, atteinte

d'ovarie gauche et d'hyperesthésie mammaire du même côté, d'une acuité extraordinaire. Le moindre attouchement produit des douleurs atroces. — Tout le côté gauche du corps, sauf les deux régions susindiquées, est anesthésié, les sens spéciaux sont aussi un peu atteints. — Le bromures, l'électricité, les bains de tilleul n'ont produit aucun résultat. — La malade est reconnue sensible à l'argent, et un traitement par ce métal *intus et extra* amène une guérison qui persiste au bout de trois mois.

13. *Aphasie transitoire revenant par accès*; *migraine ophthalmique*. Clinique de M. le professeur Charcot (nº 58).

Deux observations d'aphasie transitoire. — La première est celle d'un musicien joueur de trombone qui perd momentanément, en quelques jours, la faculté de jouer de son instrument, plus celle de copier ses partitions de musique. La musique est un langage, comme le langage parlé, mimique, mathématique; le malade est donc bien atteint d'aphasie transitoire.

La seconde observation a trait à un homme de 30 ans, à antécédents héréditaires nerveux. Cet homme a depuis quinze ans des migraines ophtalmiques, qui se sont compliquées, dans les derniers temps, d'aphasie transitoire. Voici la description d'un accès: Début par une hémiopie latérale droite, puis scotome scintillant qui disparaît, vomissements; durée de cette première phase: une heure. Ensuite, céphalée au-dessus du sourcil gauche et aphasie avec agraphie, cécité et surdité verbales; durée de cette seconde phase : une heure. Enfin, hémicrânie vive, pulsative, vomissements, engourdissement de la main, puis sommeil et tout est fini. La crise complète a duré 7 à 8 heures.

Le professeur donne ce cas comme un bel exemple de *migraine comitata*. La migraine ophtalmique n'est pas toujours aussi compliquée. Toutes les fois que l'aphasie est liée à la migraine ophtalmique, elle constitue une maladie bénigne. Il faut cependant se rappeler que, sauf le scotome qui est toujours transitoire, les autres éléments, l'aphasie entre autres, — peuvent parfois devenir permanents. — Vu les analogies entre cette affection et l'épilepsie, M. Charcot administre aux malades le bromure de potassium à doses croissantes.

14. *Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice*; *paralysie des muscles moteurs de l'œil*; par le Dr Galezowski. — Leçons recueillies par M. F. Despagnet (nos 60 et 62).

On observe dans l'ataxie locomotrice des altérations portant sur les nerfs moteurs de l'œil, sur le nerf optique et sur le nerf de la cinquième paire. Les paralysies des nerfs moteurs sont les plus fréquentes et, parmi elles, celle de la 3e paire, qu'elle soit totale ou partielle. — La paralysie de la 3e paire ne se rencontre pas que dans l'ataxie, mais c'est là qu'elle est la plus fréquente; elle est presque toujours unoculaire; elle peut disparaître après un certain temps, mais elle revient et redisparaît; d'autres fois elle persiste toujours; quand elle dépasse deux mois, elle ne guérit plus guère. Elle peut coïncider avec d'autres paralysies du même œil ou de l'autre œil, et avec l'atrophie de la pupille. — La paralysie de la 6e paire s'observe tout à fait au début de l'ataxie.

La partie la plus importante de ces leçons est celle qui concerne le strabisme en général, l'auteur y donne un exposé clair et complet de la physiologie des mouvements de l'œil. Nous ne pouvons donner ici l'analyse de cette partie, mais nous recommandons la lecture pleine d'intérêt de l'article entier de M. Galezowski.

15. *Manifestations cutanées de la chorée*; par M. le Dr A. Ollivier (no 63).

Enfant de treize ans: fracture de la cuisse et guérison. Peu après, chorée avec douleurs articulaires vives dans les deux genoux, palpitations avec souffle présystolique et systolique à la pointe; pouls petit, irrégulier, intermittent. Ensuite, éruption cutanée généralisée, sauf au visage qui reste intact. Cette éruption est constituée par des macules, des papules et des nodosités, et elle dure quinze jours. Les douleurs disparaissent peu après et la chorée également.

Un second cas à peu près semblable, et qui ne diffère du premier que par l'ordre d'apparition des divers éléments de l'état morbide. On observe d'abord l'éruption, puis les douleurs rhumatismales et, en troisième lieu enfin, la chorée.

16. *Des accidents vertigineux dans les maladies de la moelle* (no 63).

Des accidents vertigineux et apoplectiformes, offrant tous un caractère commun, ont été observés dans les affections médullaires suivantes: sclérose en plaques, ataxie locomotrice, myé-

lite chronique diffuse, lésions médullaires localisées à la région cervicale (quand ces lésions siègent tout près du bulbe, les accidents en question sont bien plus fréquents et ils peuvent coexister avec le pouls lent permanent, avec des troubles oculo-pupillaires, avec des attaques syncopales et épileptiformes). — Ces accidents apparaissent surtout au début, mais aussi à toutes les périodes de la maladie. Chez beaucoup de malades, ils s'accompagnent de phénomènes cérébraux ou d'ordre bulbaire, ils sont parfois l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs.

17. *Paralysie agitante ou maladie de Parkinson*. Leçon clinique de la Salpêtrière; par M. le professeur Charcot (n° 64).

Névrose qui laisse vivre, mais qui ne guérit jamais. — Elle comprend deux éléments fondamentaux: 1° une forme particulière de rigidité musculaire; — 2° un tremblement spécial. L'un de ces élements peut prédominer et l'autre devient alors accessoire. Malgré son nom, il n'y a pas de paralysie véritable dans cette maladie, la force dynamométrique n'est pas sensiblement diminuée. — On peut observer trois formes différentes de la maladie de Parkinson : Dans l'une, le tremblement et la rigidité coexistent à un degré égal; dans un autre, le tremblement règne presque exclusivement; dans la troisième enfin, la rigidité prédomine.

Le professeur décrit les caractères spéciaux de la rigidité et du tremblement, l'aspect particulier des malades, les signes qui permettent d'établir le diagnostic entre la paralysie agitante et certaines maladies offrant avec elle quelque analogie symptomatique, la paralysie spasmodique par exemple. Il rappelle que M. Pierret a avancé que la lésion anatomique était une sclérose des muscles, d'origine rhumatismale, et enfin il établit que la maladie en question se rattache à la grande famille des neuropathies par l'hérédité de transformation et quelquefois même de similitude. La cause la plus ordinaire est une frayeur subite agissant sur un sujet prédisposé, nerveux ou arthritique.

18. *Méningo-encéphalite chronique disséminée ou sclérose cérébrale chez l'enfant*; par le Dr J. Simon (n° 65).

Affection caractérisée anatomiquement par des noyaux de tissu sclérosé, disséminés de préférence sur les deux hémisphères dans la région du sillon de Rolando. — Le début est

marqué, tantôt par des troubles intellectuels, tantôt par des accès de céphalalgie et d'irritabilité. Certains enfants prennent l'air idiot, leur mémoire diminue, ils ont des vertiges, la parole est embarrassée. Les sens sont peu atteints en général, parce que les lésions siègent ordinairement sur la convexité du cerveau. Il y a des phénomènes paralytiques disséminés, la paralysie envahit certains muscles qui ne sont pas groupés pour la même fonction, et elle s'accompagne presque toujours de contracture. On a prétendu à tort qu'il y avait toujours des mouvements saccadés, choréiques; ce phénomène existe peut-être bien chez l'adulte, mais il n'existe pas chez l'enfant ou il n'y existe qu'exceptionnellement, et alors il est transitoire, c'est une chorée concomitante. La sensibilité est peu modifiée. Les attaques épileptiques sont fréquentes et elles offrent l'aspect du grand mal ou celui du petit mal. — Malgré ce que disent la plupart des auteurs, cette affection n'est pas fatalement mortelle; on peut par le traitement sauver la moitié des malades, mais les enfants qui survivent sont exposés aux rechutes, leur intelligence est diminuée et ils ne sont plus propres aux travaux intellectuels.

19. *L'aliénation mentale constituée par une idée fixe. L'aliéné qui veut être pape.* Compte rendu d'une leçon de M. le professeur Ball (n° 69).

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans dont la folie consiste à vouloir être pape. A l'âge de 8 ans, interrogé par un évêque sur ce qu'il voulait être : Pape, répondit-il. Le surnom de pape lui en resta. Au séminaire, à dix-sept ans, sans le dire à personne, il méditait sur les réformes qu'il entreprendrait quand il serait pape. Un jour, au grand séminaire, il s'ouvrit à son directeur et on lui refusa l'ordination. Quoique laïque, il ne perdit pas sa conviction et, à l'avènement de Léon XIII, il réclama énergiquement et il écrivit à Rome pour contester l'élection. Enfin, compromis dans une affaire de commerce, il fut arrêté, examiné au point de vue médical et envoyé à Sainte-Anne. — Ce sont les malades de ce genre qu'Esquirol appelait des monomanes.

20. *La syphilis du cerveau*; *accidents nerveux multiples*, *troubles intellectuels*. Leçons de M. le Dr Legrand du Saulle à la Salpêtrière (nos, 70, 73, 76, 80, 85, 88 et 93).

Dans cette série de conférences, M. Legrand du Saulle donne une véritable monographie de la syphilis cérébrale. Nous signa-

lerons le grand intérêt de ce travail très bien fait, mais que nous ne pouvons analyser ici, aussi longuement que nous le voudrions. Nous nous contenterons d'indiquer la façon dont l'auteur entend la pathogénie des accidents cérébraux de la syphilis, et la classification qu'il établit de ces accidents, et nous n'insisterons un peu que sur les symptômes intellectuels.

Le virus syphilitique ou les éléments figurés de la syphilis (puisqu'on tend aujourd'hui à admettre leur existence) sont transportés au cerveau par les artères et par les vaisseaux lymphatiques. Dans leur trajet, ils produisent une artérite spécifique (Huebner) ou simplement une artérite ordinaire (Cornil), et en outre des petites gommes qui se développent dans les parois vasculaires. Dans les deux cas, il y a déformation du vaisseau, diminution de sa lumière et, en résumé, oblitération partielle ou totale, transitoire ou permanente. D'où, anémie et ramollissement du territoire immergé par les artères ainsi altérées. Ces lésions expliquent les vertiges, les éblouissements, l'aphasie passagère (troubles transitoires) et le ramollissement avec ses conséquences (troubles permanents). D'un autre côté le tissu conjonctif cérébral et péricérébral subit aussi, par propagation, l'effet du virus qui irrite les régions périvasculaires, d'où les gommes localisées du cerveau et des méninges et les scléroses diffuses envahissant une étendue plus ou moins considérables des centre. Enfin, le virus provoque encore des lésions de voisinage : exostoses, tumeurs de la dure-mère et inflammation des méninges qui réagissent sur le cerveau. — Donc, en résumé, il existe deux sortes de lésions, des lésions spécifiques et des lésions banales. Le traitement spécifique, puissant contre les gommes, ne peut rien contre les lésions banales relevant secondairement de la syphilis, telles par exemple que les ramollissements consécutifs à une oblitération artérielle.

La symptomatologie d'une lésion cérébrale dépend, non de sa nature, mais de son siège ; la syphilis cérébrale n'a donc pas de symptômes propres. Ce qui la caractérise, ce sont les conditions dans lesquelles apparaissent les symptômes, leur marche, la coexistence d'autres manifestations syphilitiques, enfin les rétrocessions possibles sous l'influence du traitement.

On peut classer, comme il suit, les différents symptômes de la syphilis cérébrale : 1° Symptômes d'ordre moteur comprenant : *a*) les symptômes paralytiques (par lésion des nerfs centraux ou périphériques ; les monoplégies, les hémiplégies) ; *b*) les symptômes convulsifs (accès épileptiformes à forme d'épilepsie par-

tielle ou à forme comitiale). — 2° Symptômes d'orde sensitif, comprenant: *a*) les troubles de la sensibilité générale, coïncidant ordinairement avec la paralysie du mouvement; *b* (les troubles de la sensibilité spéciale. — 3° Symptômes d'ordre psychique comprenant: *a*) les symptômes à forme dépressive ; *b*) les symptômes à forme maniaque; *c*) la pseudo-paralysie générale. — M. Legrand du Saulle étudie tous ces symptômes dans autant de chapitres différents.

Pour les troubles intellectuels, ils sont d'origine spécifique, mais ils ne sont pas spécifiques eux-mêmes. L'analyse la plus minutieuse du trouble mental est insuffisante à en déceler la nature. Une psychose s'affirme syphilitique quand elle précède, accompagne ou suit une manifestation syphilitique cérébrale, quand elle est passible du traitement, quand enfin l'autopsie dévoile son critérium anatomique. Du reste, les malades ne réagissent pas de la même façon sous l'influence des lésions anatomiques et l'hérédité ne perd pas ses droits.

La folie d'origine syphilitique est quelquefois primitive, ce qui est rare. Le plus souvent, elle est précédée de quelque autre manifestation cérébrale spécifique. Elle est fréquemment caractérisée par une dépression intellectuelle simple sans délire; l'humeur se modifie, les habitudes changent; l'amnésie domine les autres troubles psychiques, elle survient lentement, elle peut s'accentuer par saccades. On cite des cas de sidération brusque de la mémoire. Les choses peuvent persister telles, mais en général cette dépression intellectuelle se complique d'incohérence, le délire n'est pas systématisé, il n'y a qu'un fond d'hébétude avec excitation maniaque passagère. — Quand la folie affecte la forme maniaque, elle peut présenter tous les degrés intermédiaires, depuis la simple surexcitation jusqu'à la manie aiguë. — Très exceptionnellement, paraît-il, on aurait observé des délires partiels.— Enfin, la folie affecte parfois une grande ressemblance avec la paralysie générale, mais elle s'en distingue toujours par quelques signes plus ou moins marqués, qui permettent d'établir le diagnostic; ce sont ces états qu'on a désignés sous le nom de pseudo-paralysie générale.

21. *L'idée et le langage. — Amnésie verbale par surmenage cérébral.* — Leçons de M. le professeur Charcot (n°s 75 et 78).

On connaît le schéma du langage: L'image de l'objet et celle du signe conventionnel qui s'y rattache, se gravent dans les centres perceptifs. Ces centres transmettent l'image aux

centres pensants et de ces derniers, l'impression idéalisée est portée en divers sens à des centres destinés à les manifester extérieurement par la parole, l'écriture, la mimique. Mais entre l'idée conçue et son expression extérieure, existe un intermédiaire qui passe souvent inaperçu, c'est l'image correspondante à l'idée évoquée. Dans le langage parlé, c'est au centre auditif que la pensée a ordinairement recours. Avant d'énoncer un mot, on éveille par la mémoire la même sensation que ce mot donne, quand on l'entend prononcer. Chez certains sujets, qui ne peuvent se passer de faire appel à leur centre auditif, quand ils veulent parler, si ce centre est atteint, il en résulte une aphasie d'un certain genre. C'est *l'amnésie verbale*, quand le centre auditif est seulement parésié, que le mot y a laissé des traces et qu'il peut y revenir net et précis, quand il est prononcé par une voix étrangère; il est alors perçu par le centre d'idéation. C'est la *surdité verbale*, quand le centre auditif est complètement paralysé, l'empreinte du mot est tout à fait effacée, et ce mot, on a beau le crier aux oreilles du sujet, il ne lui représente plus rien. — Il y a d'autres aphasies, se rattachant à l'altération d'autres centres que le centre auditif, les centres d'idéation restant intacts. Ainsi les Orientaux font plutôt appel à leur centre de vision qu'à leur centre d'audition pour constituer les symboles de leurs idées. Ils sont des *visuels*, par opposition aux Occidentaux qui sont des *auditifs*. Ils peuvent former des images sans mots. Si le centre auditif est atteint chez un tel visuel, il pensera quand même par des mots et exprimera sa pensée aux autres, même verbalement. Si chez lui le centre visuel est atteint profondément, il y aura non plus surdité, mais *cécité verbale*.

M. Charcot a recherché ensuite s'il n'existait pas des sujets, chez lesquels les centres moteurs entraient en action pour la mise en forme de la pensée ; il paraît que ces sujets existent. Ils remplacent l'audition interne, avec sensation purement auditive, par l'articulation comprimée des mots, avec sensation des mouvements à faire pour les prononcer. Chez eux, une lésion des centres dévolus à cet acte amenait un état semblable à celui qu'on nomme surdité verbale chez les auditifs et cécité verbale chez les visuels.

Il faut donc s'habituer à se servir indifféremment de tous ces centres subordonnés, pour remplacer au besoin celui qui viendrait à manquer. — Une autre conséquence de ces notions de psychologie physiologique est ce principe d'hygiène, d'éviter le

surmenage cérébral scolaire. Les centres de perception ne renvoient plus aux centres d'idéation que des images diffuses. On a superposé trop d'images, de mots et d'idées sur un tableau trop petit.

22. *Hystérie chez l'homme*. Observation prise dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié (n° 92).

Il est possible que l'hystérie chez l'homme se rattache héréditairement à l'absinthisme, comme la parésie trémulente se rattache héréditairement, sinon autrement, à l'acoolisme.

Observation. Jeune homme de seize ans (père grand buveur d'absinthe, mère ni alcoolique ni hystérique. Onze frères ou sœurs tous morts en bas âge). Ce jeune homme est un type de *féminisme*, il n'offre aucun signe de puberté, il est intelligent. Il est pris brusquement d'une crise convulsive avec éclats de rire, cris, inconscience. Un mois après, nouvelle crise semblable à la première. Trois mois plus tard, troisième crise qui dure quatre heures et après laquelle les jambes restent contractées en extension, en plus hémianesthésie et douleur dans la région dite ovarienne chez la femme. — Le sujet est hypnotisable, on le met facilement en catalepsie ou en léthargie, il est sensible aux suggestions à l'état de veille.

23. *Délire alcoolique dans le cours d'un rhumatisme aigu*. Observation de M. Landouzy (n° 97).

Le diagnostic différentiel d'avec le rhumatisme cérébral se basait sur ce que, pendant le délire, le malade souffrait toujours et sur ce que ses articulations restaient aussi tuméfiées qu'avant l'apparition de la complication de son affection.

24. *Action du moral sur le physique* (n° 97).

Vieille question, remise à l'ordre du jour par suite de la découverte d'éléments nouveaux. M. Bernheim enseigne que; dans la suggestion, tout réside dans la conviction qu'a le sujet que ce qu'on lui suggère va s'accomplir. Exemple: les guérisons de Lourdes, celles du zouave Jacob, celles des homéopathes; exemple encore, les pratiques des anciens Egyptiens et les suggestions à l'état de veille.

25. *Les paralysies alcooliques*; par M. le professeur Charcot. Leçons recueillies par M. Gilles de la Tourette, interne du service (nº 99).

Signalés pour la première fois par Magnus Huss, les paralysies alcooliques ont été étudiées depuis par Lancereaux, Leudet (qui constata l'intégrité de la moelle et les lésions des nerfs périphériques et des muscles innervés par eux), Wilks, Lockart Clarke. — Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes; la nature des boissons n'a pas d'influence. — Le début est marqué par des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, surtout pendant la nuit (c'est pourquoi on pense souvent tout d'abord à l'ataxie locomotrice). Ces douleurs se généralisent et s'accompagnent d'hyperesthésie cutanée, laquelle hyperesthésie est ensuite remplacée par de l'anesthésie; puis apparaît la paralysie qui affecte d'abord les membres inférieurs et ensuite les membres supérieurs, le tronc peut aussi se prendre, mais la face jamais. Les extenseurs sont particulièrement atteints. Puis surviennent des troubles vaso-moteurs et des adhérences fibreuses des tendons, ce qui fait que la restitution *ad integrum* des mouvements est impossible à partir d'un certain moment.

26. *Un cas d'hystéro-épilepsie*; par le professeur Charcot (nº 104).

Les crises présentent quatre phases: épileptoïde, des contorsions, passionnelle et de délire. L'originalité consiste en ce que les attaques épileptoïdes se succèdent par séries d'accès pendant plusieurs jours et en ce qu'elles sont formidables par leur nombre. C'est *l'état de mal hystéro-épileptique épileptiforme*. Le thermomètre indique le diagnostic. — M. Charcot a vu trois cas semblables.

27. *Hémiplégie droite syphilitique secondaire*. Clinique de M. Landouzy (nº 118).

Homme de quarante-sept ans, présentant des accidents cutanés syphilitiques récents (syphilis secondaire). En vingt-quatre heures, une hémiplégie droite, accompagnée de céphalalgie et d'un peu d'aphasie, s'établit progressivement sans ictus préalable. — L'hémiplégie, symptôme de la syphylis secondaire, est rare, mais il existe plusieurs observations semblables à celle de M. Landouzy.

28. *La période préataxique du tabes dorsalis d'origine syphilitique*; par M. Fournier (nos 134, 137, 140 et 146, de 1884; 1 et 3 de l'année 1885).

Le tabes une fois confirmé ne guérit jamais, même alors qu'il dérive manifestement de la syphilis, parce qu'il porte avec lui des lésions de sclérose et que ce qui est détruit, ne guérit pas. Il est donc d'une importance extrême de reconnaître le tabes *ab ovo*.

Dans son évolution le tabes a deux périodes, la période préataxique et la période ataxique, cette dernière débute par les phénomènes d'invasion de l'ataxie. La première période a une durée très variable, de quelques mois à dix, quinze et même trente ans (résultat obtenu par la statistique de M. Fournier).

On peut admettre que l'échéance la plus habituelle oscille entre trois et six ans. Quant au laps de temps qui s'écoule entre l'absorption du virus syphilitique et la première manifestation du tabes, il est également très variable; il est quelquefois de six mois, d'autres fois il est de quatre, cinq... et même de quatorze ans.

Les phénomènes multiples qui caractérisent la période préataxique sont, par ordre de fréquence: des troubles de la sensibilité générale, d'innervation motrico-oculaire, vésicaux, génitaux, de la vision; les vertiges, les troubles cérébraux de l'audition; des troubles parésiques ou paralytiques, des troubles gastriques, intestinaux, rectaux, laryngés; des arthropathies, des troubles trophiques divers. — M. Fournier étudie, séparément et en détail, ces symptômes multiples.

Arrivé aux phénomènes cérébraux, après avoir reproduit cette appréciation de M. Déjérine: « Le tabes est non seulement une maladie de la moelle, mais encore une maladie cérébro-spinale et plus encore sans doute une maladie cérébro-spinale et des nerfs périphériques, » il donne la définition suivante: « Le tabes est une syphilose cérébro-spinale. »

Après s'être étendu sur les attaques apoplectiques ou épileptiformes, qui ouvrent parfois la scène morbide, M. Fournier décrit les symptômes psychiques: asthénie de l'intelligence, hébétude et enfin démence. La dépression se fait graduellement ou par saccades. Quelquefois, le début est marqué par un ictus amnésique. Parfois enfin, les troubles intellectuels revêtent les formes de la folie, il y a un délire initial.

Nous appellerons l'attention sur certains troubles moteurs,

indiqués par l'auteur et qu'on ne trouve pas relatés dans les ouvrages classiques, ce sont des paraplégies ou plutôt des parésies des membres inférieurs soit transitoires, soit durables. La cause en serait une myélite transversale originaire qui, dans les premiers cas, s'appaiserait sur les cordons latéraux pour se fixer sur les cordons postérieurs.

29. *Sclérose latérale amytrophique.* Compte rendu d'un cours de M. le professeur Charcot (n° 135).

Observation détaillée d'une sclérose amyotrophique dont est atteint un homme de trente-un ans. -- Ce qui caractérise l'affection, c'est la combinaison de l'élément amyotrophique et de l'élément spasmodique : les muscles sont atrophiés, mais en rigidité constante. Aux membres, quoique les articulations soient saines, il faut employer une grande force pour produire soit la flexion ou l'extension, soit l'abduction ou l'adduction. Les réflexes tendineux sont exagérés, il y a de la trépidation épileptoïde. C'est une véritable parésie spasmodique.

30. *Les maladies de la mémoire*; par M. le Dr Legrand du Saulle (nos 139, 142, 145 148, et 150).

M. Legrand du Saulle commence par énoncer cette large proposition: « En biologie, la mémoire est une propriété générale commune à divers et peut-être à tous les éléments anatomiques. En psychologie, on ne s'occupe que de la mémoire cérébrale. » Il fait ensuite une étude clinique complète des lésions de la mémoire cérébrale. — Travail très intéressant, peu susceptible d'analyse, à lire entièrement.

L'Union médicale.

1884.

1. *Note sur un cas de dilatation de l'estomac combiné de tétanie généralisée*; par MM. Dujardin-Beaumetz et OEttinger (nos 15 et 18).

Un homme de 46 ans, atteint de dilatation de l'estomac par suite d'un épaississement du pylore, se lavait fréquemment l'estomac au moyen du siphon. Il fut pris brusquement d'une crise, caractérisée par des fourmillements dans les membres, ensuite par de la contracture des mains et de la raideur des membres inférieurs, léger trismus. Durée des accidents: une

demi-heure. Quelques jours après, nouvelle crise plus violente accompagnée de cyanose qui entraîne la mort.

Il existe quatre observations analogues dans la science. On est donc porté à admettre une relation entre les symptômes gastriques et les crises nerveuses. Kussmaul range ces crises dans la catégorie de celles des diarrhées cholériques, elles seraient causées par la prompte condensation du sang et par le dessèchement des nerfs et des muscles. Ne serait-il pas plus naturel d'admettre que l'estomac distendu devient le point de départ de réflexes généralisés? Si cette dernière théorie est la vraie, on comprend qu'il est dangereux de pratiquer des lavages trop réitérés de l'estomac.

2. *Variole simple. Injection sous-cutanée d'éther. Paralysie consécutive du membre inférieur droit*; par M. le Dr Charpentier, médecin adjoint à la Salpêtrière (n° 32).

Les phénomènes morbides observés sont exactement ceux qu'on provoque, en physislogie, par la section du nerf sciatique ou par l'injection dans ce nerf d'acide acétique ou de nicotine. Outre l'anesthésie et la paralysie, il y a aussi des troubles de nutrition.

3. *Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale*. Note lue à la Société médico-pratique par M. le Dr Christian (n° 54).

Très intéressante communication : — 1re *observation*. Homme de quarante ans, à antécédents héréditaires inconnus. Syphilis. En 1871, frayeur violente pendant la Commune. Quatre ans plus tard, diplopie et strabisme convergent de l'œil gauche (traitement par le bromure et l'iodure de potassium et par l'hydrothérapie, alternatives d'amélioration et d'aggravation). En 1876, troubles légers de la parole. Un an après, délire généralisé et paralysie générale confirmée. Le traitement par l'iodure de potassium à Charenton est sans résultat, il n'agit pas plus sur le strabisme que sur la paralysie générale.

2e *observation*. Pas d'hérédité, excès vénériens, grave blessure par une arme à feu en 1870. — En 1880, troubles de la vision: strabisme interne gauche, diplopie, chute de la paupière supérieure gauche. Six mois plus tard, délire maniaque avec idées ambitieuses et après, délire lypémaniaque. Enfin, tous les signes d'une paralysie générale à marche lente. A Charenton,

traitement par l'iodure de potassium, les yeux reprennent leur intégrité.

3e *observation*. Convulsions dans l'enfance, forme anormale de la tête, excès. En 1882, délire ambitieux avec agitation maniaque et strabisme externe gauche qui se dissipe spontanément. La paralysie générale est manifeste.

M. Christian fait suivre ces observations des réflexions suivantes : « L'encéphalopathie syphilitique n'apparaît jamais comme paralysie générale véritable. » Donc, ou la lésion primitive du nerf oculaire moteur a agi sur le cerveau par irritation de voisinage et y a déterminé indirectement l'explosion de la périencéphalite diffuse et celle-ci une fois constituée a subsisté par elle-même, indépendamment de sa cause originelle — ou bien il y a eu une coïncidence fortuite d'une lésion spécifique du nerf moteur qui a guéri et d'une paralysie générale qui est incurable. — Pour l'auteur, les troubles oculo-moteurs sont la cause occasionnelle d'une paralysie générale chez des sujets prédisposés par des causes variables.

4. *De l'amblyopie toxique*. Leçon de M. le professeur Panas (n° 55).

Causes : le tabac, l'alcool, les industries dans lesquelles on manipule le plomb, le sulfure de carbone, le mercure, etc... Pour M. Panas, le tabac ne doit pas être incriminé, mais seulement l'alcool. Un accès d'ivresse chez un ancien alcoolique peut brusquement déterminer l'amblyopie.

Au début, il y a ordinairement photophobie avec très peu d'amblyopie. Puis dyschromatopsie, qui débute toujours par le centre du champ visuel (ce qu'on ne peut reconnaître qu'au moyen du périmètre). Les signes ophthalmoscopiques sont d'abord négatifs, ensuite on note un peu de congestion papillaire et plus tard une décoloration partielle de la papille. — La cause de l'affection est d'origine centrale, car on sait que, dans ce cas, l'altération commence par le centre du champ visuel, tandis que, dans les atrophies optiques, elle commence par la périphérie du champ visuel. — Traitement : Le bromure de potassium et les révulsifs intestinaux réussissent, tant que l'affection n'est pas arrivée à la seconde période, c'est-à-dire à l'atrophie papillaire.

5. *De l'aphasie transitoire de la fièvre typhoïde*; par M. Longuet (nos 60 et 61).

L'auteur donne les résumés de trente-cinq observations d'aphasie dans le cours de la fièvre typhoïde, publiées par les médecins français et étrangers. De l'étude de ces observations, il déduit les considérations suivantes : — L'aphasie se montre dans les fièvres typhoïdes, principalement pendant la seconde enfance, quelquefois pendant l'adolescence, elle ne se montre jamais chez les sujets adultes.— Pour une fille atteinte d'aphasie, on compte deux garçons. — L'aphasie est un phénomène plus précoce que les phénomènes parésiques signalés depuis longtemps. — On la constate aussi souvent dans la période d'état que dans celle de déclin. Elle est ordinairement isolée, mais on la rencontre aussi avec la contracture et l'ataxie des extrémités, les monoplégies, les troubles moteurs de l'œil, l'hémiplégie simple, l'hémiplégie compliquée d'anesthésie. — C'est ordinairement l'aphasie ataxique qui semble dominer, on a aussi signalé l'agraphie et l'alexie. Ce sont les centres d'expression qui sont atteints, plutôt que les centres de perception. — C'est particulièrement dans le cours des fièvres typhoïdes graves qu'on voit apparaître l'aphasie, et cependant la guérison de la pyrexie est la règle. — L'aphasie a une durée moyenne de trois semaines, elle a toujours guéri dans le jeune âge.

Le retour rapide de la fonction exclut l'idée de lésion en foyer. A-t-on affaire à un phénomène réflexe? à une toxhémie? — Il s'agit surtout de troubles circulatoires localisés.

6. *Syphilis héréditaire tardive. Accidents cerébraux*; par M. Fournier (nos 62, 63, 65, 69, 73, 76, 79, 84, 87).

« Beaucoup d'états cérébraux de l'enfance ou de l'adolescence, vaguement rapportés à des méningites d'ordre commun ou à des encéphalites, ressortissent en réalité à la syphilis comme origine et ne sont rien autre que des manifestations plus ou moins tardives d'une influence syphilitique héréditaire. »

On sait que l'influence héréditaire de la syphilis se traduit en maintes occasions sur les enfants du premier âge par divers troubles des fonctions cérébrales, or la même influence est susceptible de se révéler par des symptômes de même ordre dans un âge plus avancé. Comme exemple, l'auteur donne l'observation d'une fillette, issue d'un père syphilitique, qui à dix ans fut atteinte de syphilides tuberculoso-ulcéreuses phagédé-

niques et qui mourut quelques temps après de syphilis cérébrale.

On comprend l'importance qu'il y a à reconnaître, dès le début, la nature syphilitique des accidents cérébraux, puisqu'à ce moment-là seulement, l'intervention est utile. Les leçons de M. Fournier sont consacrées, en grande partie, à l'étude des phénomènes initiaux de la syphilis cérébrale tardive. Du reste, la syphilis cérébrale héréditaire reproduit trait pour trait la plupart des grands symptômes qui constituent la syphylis cérébrale de l'adulte. Elle procède comme celle de l'adulte par des formes initiales essentiellement multiples, pour aboutir plus tard à un ensemble syptomatologique plus uniforme, presque identique d'un cas à l'autre. Ainsi, au début, on observe tantôt de la céphalée, tantôt des attaques épileptiques, tantôt des troubles intellectuels, tantôt des paralysies oculaires, etc... Ces symptômes subsistent isolément plus ou moins longtemps, ils peuvent se combiner, mais l'affection aboutira à la fin à un fond commun uniforme, caractérisé par des troubles moteurs à forme paralytique et par des troubles intellectuels sous forme d'hébétude.

Après avoir minutieusement décrit les divers accidents de début, M. Fournier s'efforce d'établir des signes cliniques permettant d'en faire le diagnostic; ces signes sont bien délicats, souvent même l'analogie est complète entre les accidents de nature syphilitique et les accidents cérébraux ordinaires. En résumé, la syphilis cérébrale héréditaire n'a pas de symptômes propres; une seule considération peut la faire soupçonner, c'est la notion des antécédents spécifiques héréditaires.

7° *Atrophie musculaire progressive infantile*; par M. le Dr Descroizilles (n° 64).

Garçon de quatorze ans, présentant les lésions suivantes : Aux deux mains, les masses musculaires thénar et hypothénar sont aplaties, les muscles interosseux sont atrophiés, griffe palmaire, muscles de l'avant-bras atrophiés. Les muscles de la face, du thorax et des membres inférieurs sont indemnes. Les muscles atteints sont flasques, l'électricité y provoque quelques contractions fibrillaires. Il y a impotence par atrophie, et non par abolition de la fonction, suite de paralysie. La sensibilité cutanée est conservée dans les points correspondants; apyrexie, pas de troubles vaso-moteurs. — Ces accidents ont débuté il y a deux mois, mais deux ans auparavant il y aurait

eu des troubles du même genre qui disparurent par le repos et l'électrothérapie. — Cette maladie répond au type Duchenne-Aran; c'est une atrophie musculaire vraie. Cette affection est rare dans l'enfance, à cet âge le processus morbide est d'abord localisé, plus tard il se généralise et l'on a le tableau de l'atrophie progressive de l'adulte.

8. *Mal perforant du pied consécutif à une névrose sciatique produite par une injection interstitielle d'éther*. — Service de M. Polaillon; observation recueillie par M. Barbier, interne (n° 66).

9. *La maladie de Friedreich (ataxie héréditaire)*; par M. Longuet (n° 72).

Comme M. Féré l'a très bien dit: « La maladie de Friedreich constitue une sorte d'intermédiaire entre l'ataxie et la sclérose en plaques, mais conservant assez de différences avec chacune d'elles pour pouvoir en être distinguée. »

Malgré le nom, il ne s'agit pas d'une hérédité directe, mais cette affection est l'aboutissant d'une tare nerveuse non systématisée jusque-là. — Il y a d'abord faiblesse des membres inférieurs et incertitude de la marche qui devient par la suite plus ou moins franchement ataxique, les mêmes désordres se manifestent aux membres supérieurs. La tête et le tronc prennent aussi des mouvements saccadés. L'abolition de réflexes tendineux constitue la règle. Nystagmus constant vers la huitième année de la maladie. La paralysie et l'atrophie musculaire ne se manifestent que très tard. Pas de réaction de dégénérescence. Anesthésie cutanée fréquente, même au début. Les douleurs fulgurantes ne se rencontrent jamais dans les formes pures. Les sens ne sont pas atteints. Les fonctions génitales sont abolies. L'intelligence reste intacte. Les troubles trophiques d'origine centrale sont très rares. Quelquefois vertiges et attaques épileptoïdes. La durée de l'affection est très longue: dix, vingt, trente ans. Il n'y a pas de guérison, mais la mort survient ordinairement par le fait d'une maladie intercurrente.

La caractéristique anatomique est une sclérose fasciculée des cordons postérieurs avec participation des racines correspondantes et une sclérose diffuse des cordons latéraux. La substance grise présente aussi des altérations considérées comme secondaires. C'est donc une myélite mixte. Il y a également

une leptoméningite chronique affectant spécialement la face postérieure de la moelle.

10. *Sur un cas non commun de, «tabes» bulbaire primitif et sur les formes qui s'écartent du type décrit par Duchenne de Boulogne sous le titre d'ataxie locomotrice.* Analyse d'une leçon de M. le professeur G. Rummo, de Naples (n° 81).

C'est un cas de tabes bulbaire avec prédominance des lésions dans les noyaux sensitifs du trijumeau, du spinal et du pneumogastrique avec lésion consécutive de la zone radiculaire-postérieure. — Voici les symptômes que présente le malade dont l'affection remonte à trois ans : yeux emmétropes, pas de scotomes, affaiblissement dans les facultés de reconnaître les couleurs du spectre. Pupilles irrégulières, réagissant mal à la lumière. Papilles un peu trop convexes. Douleurs fulgurantes dans les membres supérieurs. Dans tout le domaine du trijumeau, le simple contact provoque une vive douleur. Réflexes conservés au poignet, au coude et au genou. Pas de signe de Romberg. Crises laryngées, toux convulsive, angoisse, crainte d'étouffer. — Pouls fréquent, aucune modification des organes respiratoires, urinaires et génitaux.

11. *De la surdité dans le tabes syphilitique*; par le Dr Hermet (n° 86).

Voici les conclusions de cette étude : La surdité des tabétiques syphilitiques est due à une lésion profonde (siégeant dans le labyrinthe, sur le trajet du nerf auditif ou dans le cerveau); c'est sans doute une névrite auditive analogue à la névrite optique. — Elle a une évolution très rapide, un début quelquefois brusque. — Elle peut être considérée comme un symptôme de la période préataxique. — Elle constitue un élément de diagnostic.

12. *Le pouls lent bulbaire*; par M. Longuet (n° 130).

Il existe réellement un pouls lent bulbaire. Il peut tomber à 30 et même à 16 pulsations; mais le nombre des mouvements respiratoires n'est pas diminué proportionnellement, il est parfois même augmenté. On a signalé, dans quelques cas, un peu d'hypothermie. On ne trouve pas de signes de lésions valvulaires. Les sujets ont généralement de 50 à 60 ans, ils sont le plus souvent atteints de vertiges et d'absences, analogues au petit mal, et même de véritables attaques épileptiques. La durée

de cette affection est longue, son pronostic est grave. La mort survient d'une façon foudroyante ou par cachexie sans lésion. — Le siège de la lésion est certainement le bulbe, mais l'anatomie n'a pas encore indiqué le lieu précis de cette lésion. On a des observations où le bulbe était induré d'une façon générale.

13. *Atrophie progressive unilatérale de la face*; par MM. Mierzejewski, professeur à l'université de Saint-Pétersbourg, et Erlitzky, agrégé à la même université (n° 135).

Observation d'une femme âgée actuellement de trente-un ans, épileptique depuis l'âge de dix ans et atteinte, depuis ce moment, d'une atrophie progressive du côté gauche de la face. Actuellement, le côté droit de la face est normal et le côté gauche est amaigri, ridé et semble appartenir à une vieille femme. La branche horizontale du maxillaire est diminuée de longueur. Dans les parties atrophiées, la sensibilité est normale, et la température est la même que du côté sain, la réaction électrique des muscles atrophiés est normale et, enfin, il n'y a pas de paralysie du mouvement.

La cause de cette atrophie n'est pas une lésion nerveuse périphérique, vu l'intégrité des mouvements, de la sensibilité et de la réaction électro-musculaire. La cause est donc centrale et l'atrophie ne s'étend pas au delà des parties innervées par le maxillaire inférieur, il doit exister un centre d'irritation localisé dans la région du locus cæruleus.

La France médicale.

1884.

1. *Crises gastriques au cours d'une sclérose des cordons postérieurs*; par M. le Dr Barraud (n° 3).

Le malade a eu, pendant quatre ans, des crises gastriques douloureuses avec vomissements, qui survenaient tous les mois. Dans l'intervalle des crises, la santé était bonne. On pensait qu'il s'agissait d'un ulcère rond de l'estomac, quand les symptômes de l'ataxie se manifestèrent rapidement. Le malade interrogé avec soin, dit alors qu'au début des crises gastralgiques, il avait éprouvé quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, mais que les douleurs disparurent bientôt.

2. *Eveil d'un état de mal hystéro-épileptique à la suite d'une opération chirurgicale avec anesthésie*; par M. Valade interne des hôpitaux. (Service de M. le Professeur Panas.)

L'opération dont il s'agit était l'énucléation d'un œil. L'état de mal hystéro-épileptique, avec délire dans l'intervalle des crises, dura cinq jours. — L'auteur croit que c'est le chloroforme qui a été la cause de l'éclosion de la névrose.

3. *De la syphilis secondaire du système nerveux*; par M. le Professeur Véronèse (de Vienne) (nos 17 et 18).

Après avoir énuméré les différents accidents nerveux syphilitiques, dont la raison anatomique est le développement d'un tissu nouveau jeune et riche en cellules, et qui appartiennent à la troisième période de la syphilis, l'auteur établit que, longtemps avant cette période, le virus syphilitique a déjà influencé les centres nerveux et a provoqué des manifestations spécifiques. Ainsi, six à sept semaines après l'infection, on observe de la céphalalgie et de l'insomnie que l'on doit attribuer à une hyperémie cérébrale et méningienne. On sait que, durant la période qui précède l'éruption, il se produit dans presque tous les organes une hyperémie qui est causée par l'intoxication syphilitique, exemple : les douleurs rhumatoïdes qui sont dues à l'hyperémie du périoste. Pourquoi le cerveau échapperait-il à la loi? — Ordinairement ces deux symptômes : céphalalgie et insomnie, disparaissent après un certain temps, mais d'autres fois ils s'exaspèrent et sont suivis de vertiges, de paralysies des sens ou de l'œil, de manie ou de stupeur. Ces cas rares sont bien sous la dépendance de l'hyperémie seule; c'est ce qu'ont démontré quelques autopsies. Du reste, on peut avec l'ophthalmoscope constater l'hyperémie cérébrale des premiers temps de la vérole. — Pendant la période d'éruption, l'excitabilité réflexe cutanée et tendineuse est notablement accrue ; elle revient à la normale, quand l'éruption est terminée. Le virus exerce donc un trouble profond sur le système nerveux. Nous avons déjà dit qu'il peut provoquer la manie ou la stupeur (chez les sujets prédisposés), il fait aussi parfois éclater l'hystérie avec son syndrome protéiforme. On sait enfin que les individus atteints de syphilis secondaire ont une intolérance extraordinaire pour les opiacés.

4. *Tabes. Anesthésie faciale. Dysesthésie linguale. Sialorrhée. Toux. Crises d'urine*; par le D[r] Archibald Watson (Service de M. le professeur Charcot (n° 33).

Il y a dans ce cas une réunion de symptômes non pas très rares mais insolites.

5. *Sur un cas de délire double. Epilepsie et mélancolie*; par M. le D[r] Louis Boucher (n° 41).

Femme de trente-neuf ans (mère morte aliénée à la Salpêtrière. Père alcoolique). — Accès de délire mélancolique avec tendance à la stupeur, qui se dissipent assez vite, mais qui se répètent à chaque grossesse. A la fin, un délire mélancolique avec idées de suicide s'établit d'une façon permanente. — A l'âge de vingt-huit ans, apparition d'attaques et de vertiges épileptiques. — Cette femme, un jour qu'elle rangeait les matelas d'un lit sur lequel était couché son jeune enfant, fut prise d'un vertige, elle continua inconsciemment l'acte commencé, rabattit le matelas sur son enfant et l'étouffa. — L'épilepsie provenait de l'alcoolisme du père; la mélancolie, de la vésanie de la mère.

6. *Perte de souvenir dû à l'oxyde de carbone et portant sur des faits antérieurs à l'intoxication chez une épileptique mélancolique*; par M. le D[r] Louis Boucher (n° 43).

Femme épileptique et mélancolique (le père était épileptique, mais on ne peut retrouver l'origine héréditaire de la vésanie). Un jour, elle s'asphyxia avec son plus jeune enfant, au moyen du charbon. Elle avait renvoyé de sa chambre ses autres enfants avant de faire ses préparatifs. — Le jeune enfant mourut; quant à elle, on put la rappeler à la vie. — Elle avait complètement oublié ses préparatifs de suicide, ainsi que les paroles qu'elle avait dites à ses enfants pour les éloigner. — Ce n'est pas, d'après l'auteur, l'état épileptique qui a amené l'amnésie, l'amnésie épileptique est courte (?), mais bien l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

7. *Paralysie diphtéritique*; *son diagnostic avec la paralysie saturnine*; par le Professeur Da Costa (clinique de l'hôpital de Pensylvanie (n° 44).

Voici les signes différentiels : La contractilité électro-musculaire est absolument abolie dans la paralysie saturnine, elle est seulement plus ou moins diminuée dans la paralysie diph-

théritique. — Dans la première, la paralysie est le plus souvent localisée à un groupe de muscles, ordinairement les extenseurs; il n'en est pas de même de la seconde. — L'anémie, la faiblesse du cœur sont des symptômes communs aux deux espèces de paralysie. — La paralysie diphtéritique est une de celles dans lesquelles le traitement réussit le mieux. — Ne pas oublier que le liseré bleu des gencives peut manquer dans le saturnisme.

8. *Un cas de myélopathie aiguë à marche ascendante rappelant la paralysie ascendante aiguë*; par M. le Dr Barth, médecin des hôpitaux (n° 46).

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante ans, alcoolique et syphilitique, appartenant à une famille névropathique. Il est pris brusquement de douleurs vagues dans les jambes avec fièvre et vomissements. Toutes les fois qu'il se force pour marcher, il a une poussée de purpura aux jambes. Peu après les douleurs augmentent et se propagent aux membres supérieurs, puis parésie des membres inférieurs, réflexes conservés, plaques d'analgésie au niveau des mollets, puis douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, ischurie, puis parésie des quatre membres et marche impossible, apyrexie, mort brusque par syncope. Autopsie refusée par la famille.

Ces accidents ne peuvent s'expliquer que par une lésion de l'axe spinale, à marche ascendante et rapide, avec déterminations motrices, sensitives et trophiques. Il y a, en résumé, une grande similitude entre cette affection et la myélite ascendante aiguë (maladie de Landry). La cause doit être la syphilis qui a agi, moins par localisation inflammatoire, ou néoplasique, que par une sorte de toxicité infectieuse, à la manière des maladies zymotiques.

9. *Sur une forme de contracture généralisée observée chez les enfants*; par Launois, interne des hôpitaux (communication faite à la Société clinique (nos 47, 48, 49).

Cette affection a déjà fait le sujet d'une communication de M. Onimus au congrès de Rouen; M. Launois ayant réuni un certain nombre d'observations nouvelles, en donne un tableau clinique complet. La caractéristique de cette affection est une contracture des muscles des membres inférieurs qui sont le plus ordinairement atteints, puis des membres supérieurs, ensuite et enfin, du système musculaire de la vie de relation en entier. Dans ce dernier cas, si on cherche à soulever les sujets couchés,

ils semblent être en bois. Les adducteurs sont généralement plus atteints que les autres muscles. Les mouvements sont toujours difficiles et incoordonnés. La contractilité électro-musculaire est partout normale. Pas de troubles trophiques. Réflexes tendineux exagérés, épilepsie spinale facilement provoquée. Sensibilité ordinairement conservée (Onimus a constaté des anesthésies croisées ou des hémianesthésies). Les sens sont indemnes, l'intelligence normale. — Marche de la maladie lente.

Cette affection se distingue de la sclérose en plaques des enfants par l'absence des attaques épileptiformes ou apoplectiformes, et des troubles cérébraux de l'ataxie héréditaire, par la contracture musculaire et la conservation des réflexes tendineux ; de la paralysie atrophique des enfants, par ce fait que les muscles ne sont pas atrophiés ni flasques, mais bien durs et contracturés. M. Onimus croit que l'affection est due à une irritation de la protubérance, il se base sur des expériences de physiologie. M. Damaschino croit qu'il s'agit d'une lésion des cordons de la moelle, mais les autopsies manquent.

10. *Hémiplégie gauche avec aphasie chez un malade qui n'était pas gaucher* ; par M. Michel Catsaras, professeur agrégé à la faculté de médecine d'Athènes (n° 83).

Le sujet de cette observation eut d'abord plusieurs ictus avec hémiplégie gauche et aphasie passagères. Après une dernière attaque d'apoplexie avec coma, d'une durée de vingt-quatre heures, il resta définitivement hémiplégique gauche, aphasique agraphique, et atteint de surdité et de cécité verbales. — On peut supposer qu'il existe une large lésion corticale de l'hémisphère droit, occupant le pied, de la circonvolution de Broca, une grande partie de la région du pli courbe, la 1re temporale et le pied de la 2e frontale. Une thrombose de l'artère sylvienne droite, dans la scissure même, peut expliquer cette lésion étendue. — Puisque le malade est droitier, il se peut que chez lui les pyramides ne s'entrecroisent pas.

11. *Paralysie ataxique ou tabétique* ; par M. le Dr Michel Catsaras, agrégé de la faculté de médecine d'Athènes (n° 86).

Un homme de trente-deux ans est pris brusquement de paraplégie avec flaccidité des membres et perte absolue des réflexes ; il n'y a ni fièvre ni troubles vésicaux ou rectaux, ni troubles génitaux. On constate une vive hyperesthésie en plaques, au niveau des vertèbres dorsales. Quatre ans auparavant, le malade

avait eu quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et de la diplopie; ces symptômes avaient disparu rapidement. — La paraplégie a guéri en quinze jours, mais tous les symptômes du tabes se sont rapidement développés.

Une paraplégie subite survient quelquefois pendant la période préataxique du tabes, ou même tout à fait au début de l'affection. Elle se dissipe ordinairement vite, mais les phénomènes ataxiques se développent très rapidement ensuite.

12. *Syphilis cérébrale. Guérison par un traitement d'un an avec le bromure de potassium à hautes doses et le mercure*; par M. le Dr L. Boucher (nos 90-98).

Le malade avait contracté la syphilis à l'âge de vingt-trois ans, il se traite mal et, à cinquante-deux ans, il fut pris d'accidents cérébraux qui semblaient être produits par la présence d'une tumeur du cervelet ou des méninges cérébelleuses. De vingt-trois à cinquante deux ans, c'est-à-dire pendant une période de vingt-neuf ans, la vérole n'aurait provoqué aucune manifestation.

13. *Un cas de syphilis cérébrale secondaire*; par M. le Dr Landouzy (n° 124).

Un homme de quarante-sept ans, contaminé depuis six mois seulement et porteur de nombreuses plaques muqueuses, est pris des accidents cérébraux suivants: céphalalgie, difficulté de la parole, puis hémiparésie de la face et des membres du côté droit. — Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium font disparaître les accidents en quelques jours.

14. *Des convulsions par insolation chez les enfants*; par M. le Dr Séjournet (nos 143 et 144).

Plusieurs observations d'enfants âgés de trois à sept ans, atteints de convulsions après avoir été exposés au soleil. — Le diagnostic se fait d'emblée, si les sujets présentaient, au moment des convulsions, des érythèmes de la face ou de la nuque, mais le plus souvent la peau n'est nulle part érythémateuse. — Ces convulsions ne sont pas de nature éclamptique, c'est-à-dire que ce ne sont pas des convulsions *sine materia*, elles ne sont pas produites par un réflexe cutané d'éruption. La cause en est l'hyperémie cérébrale ou méningienne, et en effet on note chez les malades de la céphalalgie, des vomissements, un pouls lent

et irrégulier et du strabisme. — Les accidents évoluent en vingt-quatre ou trente-six heures et se dissipent.

15. *Observation de syphilis cérébrale*; par M. le Dr Ledentu, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis (nos 145 et 146).

Observation intéressante d'un officier qui, blessé à la tête à Inkermann en 1854, conserva depuis cette époque une plaie fistuleuse au front, près du sourcil gauche. En 1865, le sujet contracta la syphilis et la plaie fistuleuse devint le siège d'accidents syphilitiques très tenaces. On dut enlever des séquestres, mettre la dure-mère à nu, etc... Des accidents cérébraux très-graves se manifestèrent à plusieurs reprises, leur point de départ était la région du cerveau, en rapport avec la lésion osseuse. Un traitement énergique réussit plusieurs fois à dissiper ou au moins à améliorer les accidents, mais à la fin il fut impuissant, il y eut hémiplégie, coma, crise épileptiformes et le malade succomba.

Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.

1884.

1. *De la folie des antivivisectionnistes*; par M. le Dr Magnan.

Cette étude de M. Magnan a été communiquée à la *Société de Biologie* en février 1884, nous en avons déjà rendu compte dans les *Annales médico-psychologiques*, année 1885, p. 306.

2. *Des troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice ; des crises entérorrhéiques*; par M. C. Leroux (no 35).

La véritable diarrhée tabétique peut constituer un symptôme des crises entéralgiques; dans d'autres cas, les attaques de diarrhée sont isolées et elles apparaissent au début. D'autres fois elles accompagnent les douleurs fulgurantes. Quelle que soit son époque d'apparition, la diarrhée tabétique est indolore, elle a un début brusque, elle dure quelques jours au plus, le malade a six ou huit selles par jour, son retour est parfois périodique. Elle coexiste assez souvent avec d'autres crises sécrétoires: vomissements, sialorrhée, polyurie. — Ce trouble sécrétoire est certainement sous la dépendance d'une altération nerveuse, mais cette dernière est inconnue. On a pensé que la lésion siégeait au bulbe. Le traitement n'amène jamais de résultat.

3. *Leçon d'ouverture du cours de M. Magnan sur les maladies mentales*, rédigée par M. Déricq, interne du service (n° 47).

Il existe deux méthodes pour étudier les maladies mentales. L'une brise le grand complexus symptomatique par lequel se traduisent les maladies de l'intelligence, elle le fragmente et en détache arbitrairement un symptôme saillant qu'elle élève au rang d'entité morbide, exemple : le délire des persécutions, l'agoraphobie, etc. Cette même méthode exagère, au point de vue de la genèse vésanique, l'influence des diathèses ; cependant la diathèse n'agit que comme cause déterminante sur un sujet prédisposé. Cette méthode enrichit encore enfin le cadre nosologique, si l'on admet l'influence étiologique ; on a alors la folie aménorrhéique, utérine, post-connubiale.... — L'autre méthode permet de constituer une espèce pathologique, à l'aide de tous les éléments d'une certaine importance. Chaque phénomène morbide est envisagé dans le temps, et il devient non plus une entité, mais bien une phase de la maladie. On reste ainsi sur le terrain de la clinique.

C'est la seconde méthode qui a dominé dans l'étude de la la paralysie générale. M. Magnan décrit cette affection comme un ensemble symptomatique constant et qui consiste en une démence particulière généralisée, en troubles moteurs et sensitifs et en troubles somatiques. Le délire qui s'ajoute souvent, n'est qu'un phénomène accessoire, c'est la manifestation d'une psychose qui coexiste avec la paralysie générale et qui végète pour se flétrir bientôt sur le sol stérile de la démence paralytique. — Du reste, dans tous les états mixtes qui tiennent de la pathologie ordinaire et de la psychiatrie, l'analyse clinique démontre la réalité de la coexistence de troubles délirants de nature variée.

Bulletin général de thérapeutique.

1884.

1. *Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine* ; par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine (livraison du 15 janvier).

La strychnine combat avantageusement l'alcoolisme (Giacomini, Luton, Amagat). — Pour qu'un médicament produise son effet thérapeutique ou toxique, il faut qu'il impressionne certaines parties de l'axe cérébro-spinal et l'imprégnation n'est

possible que si l'élément nerveux est libre de toute imprégnation antérieure (Expérience de Claude Bernard : un lapin est endormi par l'éther, on lui injecte de l'acide prussique à dose toxique, et on n'observe rien; mais au réveil, l'animal est foudroyé). Il y a antagonisme entre l'alcool et la strychnine, et l'antagonisme doit se produire dans la cellule nerveuse même; la cellule imprégnée de strychnine devient réfractaire à l'alcool. — Mais si la strychine combat certains accidents nerveux de l'acool, le délirium tremens surtout, elle ne s'oppose pas aux autres effets de l'alcoolisme: l'athérome, les cirrhoses, la gastrite.

2. *Note pour servir à l'histoire des bains prolongés appliqués à la cure de l'hystérie gastrique*; par M. le Dr Dauchez, chef de clinique adjoint de la faculté (livraison du 30 août).

L'indication consiste à surveiller la durée des bains, qui doit être portée de trois à huit heures progressivement. La température uniforme doit être de 2[illegible] à 28 degrés; les conditions de température sont réalisées à Loueche, en Suisse. Il ne faut pas tenir compte de la minéralisation de l'eau, qui n'a aucun avantage, et qui peut même être nuisible à cause de son action révulsive et répercussive. Les bains semblent agir, en calmant tout d'abord les fonctions cérébro-spinales et en réveillant ensuite les fonctions nutrives. — Suivent plusieurs observations. Dans l'une, des vomissements nerveux incoercibles, datant de deux mois, avec dyspepsie consécutive, disparaissent après quelques bains prolongés. Dans une autre, une jeune femme présentant plusieurs phénomènes hystériques, et entre autres des vomissements incoercibles une à deux heures après tous les repas, a guéri de ces derniers accidents après quinze bains, et sa santé s'est complètement rétablie.

Archives de Médecine et de Pharmacie militaire.

1884.

1. *Deux cas de paralysie spinale antérieure chez l'adulte*; par M. Béchard, médecin-major de 2e classe (no 9).

La paralysie spinale antérieure peut se présenter sous deux formes chez l'adulte.

1re *Forme*. Paralysie spinale antérieure aiguë (véritable paralysie infantile de l'adulte), c'est la forme classique. Début

brusque, fièvre, tous les membres sont pris uniformément ou à peu près; puis, petit à petit, les muscles reprennent leur forme et leur volume, sauf certains groupes qui ne bénéficient pas de l'amélioration générale. Dans ces régions, l'atrophie et la paralysie persistent à un degré aussi prononcé que dans les jours du plus complet développement de l'affection. Ces lésions sont définitives. — Suit une observation typique d'un soldat de vingt-quatre ans, qui fut subitement atteint, alors qu'il se livrait à un travail pénible par un temps très froid (il déblayait une cour remplie de neige).

2me *Forme*, étudiée par MM. Landouzy et Déjerine. Paralysie spinale de forme subaiguë et curable. Le début n'est pas brusque, l'organisme est envahi petit à petit, plus ou moins rapidement, mais il n'est pas surpris. L'amélioration porte sur tous les muscles, il n'y a pas de localisation de l'atrophie musculaire et de la paralysie dans certains groupes de muscles; la guérison s'obtient après un certain temps. — Suit une observation d'un cas de ce genre; le traitement consista en électricité continue, on donna aussi de la strychnine, le malade guérit.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1884.

1. *Paralysie simulée*. Rapport médico-légal par MM. les Drs de Castro, Demeck, Damesthé, Hassan, Rifki, Varnhorsi et Zancaral (no 6).

Le 11 juin 1882, à Alexandrie, beaucoup d'Européens furent insultés, battus, blessés et tués. On soupçonna le préfet de police, Saïd Key Koudil, créature d'Arabi Pacha, d'être un des principaux instigateurs du massacre. Saïd bey Koudil était absent de sa préfecture le jour du massacre et pour expliquer son absence, il prétendit qu'à ce moment il était frappé d'hémiplégie et qu'il en souffrait encore à l'époque du procès. La commission d'enquête demanda aux médecins susnommés: 1° si Saïd... pouvait avoir le 11 juin 1882 une paralysie droite qui pût l'empêcher de sortir; 2° s'il avait encore aujourd'hui (avril 1883) des traces de ladite paralysie et s'il en souffrait. — Les médecins conclurent à la simulation.

Le sujet simulait une hémiplégie légère droite avec hémianesthésie sensorielle et générale du même côté. Ce syndrome ne répond pas à une hémiplégie vulgaire, qui ne s'accompagne

pas d'habitude de troubles sensitifs ou n'en offre pasde partiels. On ne peut pas non plus admettre une affection spinale, les nerfs encéphaliques étant pris, ni une paralysie rhumatismale à cause même de la généralisation observée dans ce cas. Cependant l'hémiplégie avec hémianesthésie, en dehors d'une lésion cérébrale, peut se rencontrer dans l'impaludisme, le saturnisme, la convalescence des fièvres graves, la syphilis et le plus souvent l'hystérie; mais le sujet n'était dans aucune de ces conditions pathologiques. Donc il devait y avoir une lésion cérébrale, et d'après ce qu'on sait en clinique et en physiologie, cette lésion devait être un foyer, siégeant dans le tiers postérieur de la capsule interne et empiétant plus ou moins sur la partie antérieure. Mais alors les troubles moteurs et sensitifs auraient dû être permanents et Saïd prétendait que sa maladie s'était beaucoup améliorée déjà et qu'elle s'améliorait encore tous les jours. En plus, il affirmait n'avoir jamais eu ni ictus ni troubles intellectuels (ce qui écartait l'idée d'une lésion des couches optiques pouvant parfois produire le syndrome en question, mais alors d'une façon transitoire). Enfin, le courant faradique éveille dans les parties hémianesthésiques une douleur vive, croissante, bien plus intense que dans les parties saines correspondantes (Vulpian, Grasset), et justement le malade accusait la douleur plus forte à gauche.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris. 1884.

1. *L'évolution de la morale*; par M. Ch. Letourneau.

Savante et intéressante étude, mais qui ne se prête pas à une analyse concise. — L'auteur établit que la morale évolue conformément aux grandes lois du transformisme. Il base ses démonstrations sur l'histoire et sur ce qui se passe de nos jours chez les races inférieures. Les idées morales se métamorphosent, comme les formes organiques, avec une sage lenteur, parce que, dans l'éthique comme dans le monde vivant, il y a conflit incessant entre deux tendances, l'une conservatrice, l'autre révolutionnaire: « D'un côté l'hérédité, la voix des ancêtres, représentée par la coutume, la routine; de l'autre le progrès, une meilleure adaptation morale propre à procurer à l'homme en général une plus grande somme de bonheur. Les variations sont d'abord individuelles et puis elles se généralisent, elles doivent se faire péniblement adopter et triompher enfin par la con-

currence vitale. » — La notion de l'utile est indispensable comme but de l'éthique, mais elle est insuffisante; il faut lui adapter la méthode transformiste. — La morale transformiste est une science qui s'appuie sur l'histoire, sur l'ethnographie et et enfin sur l'observation des enfants et des aliénés. — Tout n'est pas mauvais dans l'héritage moral du passé, car inconsciemment les peuples ont fait de la morale utilitaire, mais de nos jours, tout prouve qu'*une nouvelle tendance s'organise.*

Archives générales de médecine.

1884.

1. *La morphine et la morphiomanie;* par M. Maurice Notta, interne des hôpitaux (n°s d'octobre et novembre).

A l'aide de différents travaux sur le sujet, épars dans les publications médicales, et à l'aide de quelques observations personnelles, M. Notta fait dans cet article l'histoire de la morphiomanie. Nous signalerons principalement le traitement adoptée par l'auteur: Sevrage lent, le sevrage brusque est dangereux, à cause des accidents aigus qu'il provoque. — On diminue progressivement le nombre des injections et on supprime en dernier lieu celles du matin et du soir. — On remplace d'abord la morphine par l'opium et l'alcool. On combat l'insomnie par le chloral, les bains tièdes et le chloroforme. On prescrit l'hydrothérapie, l'exercice et la distraction. La durée de la cure est ordinairement de un mois, mais elle varie avec l'ancienneté de l'intoxication.

Montpellier médical.

1884.

1. *Contribution à l'étude des aphasies (cécité et surdité verbales)*; par M. le Dr Grasset (livraison de janvier).

Ce mémoire de M. le Professeur Grasset est consacré surtout à l'étude des *aphasies complexes.* L'aphasie, d'une façon générale, est ainsi définie: « Abolition ou diminution de la faculté du langage chez les individus dont les fonctions intellectuelles et l'appareil d'articulation des mots sont dans un état d'intégrité suffisant pour ne pas expliquer les troubles de la parole. — Ceci s'applique à tous les modes du langage. »

Les observations inédites d'aphasie complexe sont au nombre de cinq.

1re *observation*. Aphasie de transmission: pas de cécité verbale pour l'écriture imprimée, cécité verbale pour l'écriture à la main, pas de surdité verbale; agraphie absolue, la malade comprend tout ce qu'on lui dit, mais elle ne peut répondre que par des mots latins incohérents. — Pas de paralysie, la zone motrice est intacte, le pied de la 3e frontale est atteint. Il y a des douleurs dans le côté droit et, à ce propos, l'auteur rappelle qu'il a déjà relaté des troubles sensitifs dans plusieurs cas d'aphasie.

2e *observation*. Cécité des mots, la malade ne comprend pas ce qui est écrit et pourtant elle voit et elle copie; surdité des mots, mais qui n'est pas absolue; en fixant énergiquement l'attention, on peut faire comprendre quelques mots; pas d'aphasie dans le sens étiologique du mot, elle articule très bien les mots et les syllabes, mais son discours n'a aucun sens; agraphie, elle ne peut pas écrire mais elle copie.

3e *observation*. Aphasie de transmission congénitale ou datant des premiers temps de la vie. Hémiplégie droite, épilepsie. Le malade ne peut articuler que quelques mots: papa, maman. Elle est intelligente, a des sentiments affectifs, possède la mémoire des objets et des figures. Foyer au niveau du pied de la 3e frontale, s'étendant au bas de la zone motrice et entraînant plus tard l'atrophie de l'hémisphère correspondant.

4e *observation*. Carie du temporal, abcès intracrânien au niveau de la 2e temporale gauche. Surdité gauche, aphasie et surdité verbale. — Trépanation, issue du pus, — disparition de la surdité verbale avec persistance de l'aphasie de transmission.

5e *observation*. Aphasie motrice partielle, cécité verbale partielle, pas de surdité verbale, hémiplégie droite avec contracture.

L'auteur donne un schéma très ingénieux de ces aphasies, nous regrettons de ne pouvoir le reproduire ici.

2. *Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse;* par M. le professeur Grasset (livraison de mars, avril, juin et août).

M. Grasset, le neuropathologiste célèbre, qui, autant que pas un, s'efforce de trouver dans les lésions des centres nerveux la raison des phénomènes morbides, n'en est pas moins partisan convaincu de la doctrine des anciennes diathèses. Il faut vrai-

ment avoir une personnalité scientifique comme la sienne pour soutenir cette thèse que l'hystérie peut être et est souvent une manifestation de la diathèse tuberculeuse ; *que tantôt la névrose est la seule manifestation de la diathèse* et que tantôt la névrose s'accompagne d'autres manifestations ». — Eh bien, malgré la découverte de la contagion de la tuberculose, malgré la découverte des bacilles, malgré les récents travaux de M. Blanchard sur les modifications de la nutrition, M. Grasset présente ses arguments de telle sorte qu'il est probable que tous les lecteurs seront d'abord séduits. Maintenant beaucoup seront-ils convaincus? — On n'aurait du reste qu'une idée bien incomplète de l'important mémoire de M. Grasset par cette courte analyse et par ces quelques citations ; il faut le lire en entier.

Nous avons des descriptions cliniques remarquables des diverses maladies nerveuses, nous possédons la physiologie pathologique de plusieurs d'entre elles, mais il est un point important de la pathologie qu'on a trop délaissé, c'est l'étude de l'état morbide général dont la maladie est la manifestation locale. On diagnostique un tabes dorsalis ou une névrose, mais il faut ensuite reconnaître la nature de l'état morbide général, de la diathèse, de la maladie constitutionnelle qui se trouve derrière la lésion médullaire ou derrière la névrose. Généralement jusqu'à présent, on n'étend pas cette manière de voir en dehors de la syphilis.

L'hystérie est une maladie tellement tenace, complexe et caractérisée, qu'on la considère le plus souvent comme un état morbide véritable, irréductible à d'autres maladies. C'est une erreur, l'hystérie est une névrose et l'on n'admet guère que des névroses symptomatiques. Les névroses sont symptomatiques d'un état nerveux que nous ne connaissons pas, mais qui existe (dynamique ou anatomique), état qui est à son tour symptomatique d'un autre état général, le plus souvent d'une diathèse. De même que l'angine de poitrine est souvent la manifestation de la diathèse goutteuse, de même l'hystérie est souvent la manifestation de diathèses diverses, scrofule et tuberculose généralement. — Nous ne voulons pas dire que les hystériques présentent souvent des tubercules dans les poumons; mais les diathèses étant des états constitutionnels qui se retrouvent dans une série de génération de la même famille, que chez certains sujets de la série, la diathèse peut se manifester par la névrose. Il faut se rappeler que les tubercules ne caractérisent pas nécessairement la diathèse tuberculeuse ; « *il y a des*

cas de diathèse tuberculeuse sans tubercule » et il y a des tubercules en dehors de la diathèse (scrofulose, alcoolisme, impaludisme). Et c'est pourquoi il serait plus convenable de changer le nom de la tuberculose qu'on dénommerait : maladie de Laënnec.

A l'appui de cette manière de voir, M. Grasset donne quarante-quatre observations divisées en deux groupes ; dans le premier, l'hystérie est la seule manifestation de la diathèse tuberculeuse, dans le second, on trouve, simultanément ou successivement, les deux manifestations névrosique et thoracique.

Bien des auteurs ont déjà noté, et depuis longtemps, l'influence de la phthisie des parents sur l'hystérie des enfants, mais ils ont différemment interprété le fait. — On a dit que les enfants de phthisiques, restés souvent orphelins en bas âge, étaient soumis à de dures épreuves, d'où l'éclosion de l'hystérie chez eux. — Que ces enfants naturellement débiles, devenaient facilement hystériques. — Qu'il y avait antagonisme entre les deux affections. — Que c'est la diathèse arthritique qu'il faut invoquer, car elle peut produire à la fois la tuberculose et l'hystérie (Huchard). — L'auteur réfute successivement ces différentes interprétations, et il termine en disant que l'étude des rapports qui existent entre l'hystérie et la tuberculose ne constitue qu'un paragraphe d'un grand chapitre des rapports de toutes les névroses et même de toutes les maladies du système nerveux avec les diathèses et les maladies générales.

Revue médicale de l'Est.

1881.

1. *De la fatigue cérébrale rapidement provoquée, comme signe diagnostique de la paralysie générale* ; par M. le Dr Sizaret (n° 2).

Au début de la première période ou pendant les rémissions, le diagnostic de la paralysie générale est parfois difficile. Dans ces cas, la fatigue cérébrale rapidement provoquée est caractéristique de la paralysie générale. Ainsi on invite le sujet à compter jusqu'à 100,200...; il se trompe bientôt sans s'en apercevoir et finit par un véritable galimatias. — Le chemin qu'il parcourt est le dynamomètre de sa force cérébrale. En même temps, l'embarras de la parole se manifeste.

2. *Alimentation forcée des aliénés par le cathétérisme œsophagien. Nouveau procédé*; par M. le Dr Sizaret, médecin en chef à Maréville, (nº 4).

Pour empêcher la sonde d'entrer dans le larynx, le sonde est enfoncée par une des fosses nasales jusqu'à l'entrée du pharynx. — A ce moment, on adapte à son pavillon une poire en caoutchouc munie d'un ajutage en bois et remplie d'eau froide. On presse la poire, qui inonde le pharynx, et en même temps on pousse hardiment la sonde. L'eau produit un mouvement réflexe, par suite duquel l'épiglotte s'abaisse et ferme le larynx.

3. *Chorée*; *goître exophthalmique*; *mort subite*; par M. le Dr Simon (nº 5).

Jeune fille de dix-sept ans, atteinte de chorée et, quelque temps après, de goître exophthalmique avec ses symptômes classiques; mort subite quatre mois après l'invasion de la maladie de Basedow.

Autopsie: Cœur hypertrophié, valvules intactes, quatre petites érosions superficielles à la face externe de ce viscère. — Corps thyroïde volumineux, dur, de consistance fibreuse. — Cerveau et méninges sains. — Moelle: à la partie inférieure de la région cervicale, le canal médullaire est distendu et sa paroi est par places dépouillée de cellules (il renfermait en cette région une grande quantité de liquide pendant la vie). Plus haut, le canal est bouché par un amas de cellules polyédriques, et la substance grise circonvoisine est un peu sclérosée. Cette distension du canal central de la moelle existe dans toute la région dorsale.

Y a-t-il une relation entre la lésion médullaire et le goître exophthalmique? — Les ulcérations du cœur se rattachent sans doute à ces anomalies de nutrition, qu'on a signalées dans certains cas de goître exophthalmique.

4. *Accidents cérébraux et pulmonaires réflexes dépendant d'une rétention du flux menstruel*; par M. le Dr Grollemund (nº 13).

Femme de trente-un ans, nerveuse. — Les règles s'interrompent brusquement à la suite de contrariétés violentes. Quelque temps après, attaque apoplectiforme, coma, cyanose, le cœur bat tumultueusement, pupilles contractées, pouls insensible, respiration difficile, vomissements. Dans cet état, se déclare une véritable métrorrhagie; tamponnement. — Congestion pulmonaire à gauche, délire, strabisme, secousses musculaires.

Puis tous ces phénomènes disparaissent progressivement; guérison.

5. *De la suggestion dans l'état hypnotique*; par M. le professeur Bernheim (lettre à M. Paul Janet) (nº 18).

On sait que M. Bernheim n'admet pas les trois phases de l'hypnotisme hystérique de M. Charcot : léthargie, catalepsie, somnambulisme — Pour lui, quand par un moyen quelconque on met un sujet en léthargie, il voit et entend l'opérateur, qu'il ait ou non conservé le souvenir au réveil. Dans cet état, il peut arriver à présenter les phénomènes de catalepsie ou de somnambulisme, sans qu'on soit obligé de le soumettre à aucune manipulation ; la seule condition est qu'il soit à un degré suffisant d'hypnotisme. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'ouvrir les yeux du sujet pour mettre son bras en catalepsie, il suffit d'élever le membre et de le laisser quelque temps en l'air et au besoin d'affirmer que le membre ne peut plus être abaissé. Pour mettre le sujet en somnambulisme, il n'est pas nécessaire de lui frictionner le vertex, il suffit de lui parler. — En réalité, l'auteur n'a jamais constaté que des degrés variables de suggestion chez les hypnotisés. — Il soutient que le sommeil ordinaire ne diffère pas dans le fond du sommeil hypnotique. Il croit que tous les hommes sont hynoptisables, mais qu'on ne connaît pas les procédés capables de les hypnotiser tous. L'hypnose n'est pas une variante de l'hystérie, ce n'est pas un état morbide qui se greffe sur la névropathie, c'est un état physiologique au même titre que le sommeil naturel dont il peut dériver.

6. *Note pour servir à l'étude de la névrite ascendante dans les moignons d'amputation et à la myélite consécutive*; par M. le Dr Charvot, médecin-major (nº 21).

Observation : Accidents nerveux (crampes tétaniformes, douleurs, etc.) survenus dans un moignon d'amputation de jambe immédiatement après l'opération, — névrite ascendante, remontant jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle — myélite transverse. — Paralysie transitoire de la vessie et du rectum. — irradiation des crampes et de la paralysie douloureuse dans le membre inférieur du côté opposé — troubles trophiques (ulcérations, atrophie rapide. Cette observation, jointe à quelques autres semblables, mais peu nombreuses, montre qu'il existe parfois une véritable névrite ascendante après les amputa-

tions des membres inférieurs. On ne connaît pas encore la cause véritable de cette névrite.

7. *Troubles trophiques de l'organisation dans la paralysie générale*; par M. le Dr Henri Bonnet, directeur-médecin en chef de l'asile de Châlons (n° 24).

Pour M. H. Bonnet, la paralysie générale est une *phthisie générale*. On connaît ses idées sur la nature de cette maladie, il les a exposées dans un livre fait en collaboration avec M. le professeur Poincaré. Les symptômes nerveux du début sont des symptômes de congestion, et la cause première réside dans le grand sympathique. C'est de là que partent les poussées congestives, « dont le retentissement est au cerveau qui ne peut plus fournir ses actes physiologiques et qui se transforme dans son histologie intime ». Le cerveau réagit aussi sur tout l'organisme. La réparation des tissus ne s'effectue plus selon le biologisme normal, la cellule s'altère et disparaît, des corpuscules graisseux envahissent tout, etc...

Comme preuve nouvelle à l'appui de sa théorie, M. H. Bonnet rapporte l'observation de deux paralytiques générales qui accouchent sans douleurs, sans qu'elles s'en doutent même et qui n'ont presque pas de lochies, toutes conditions qui montrent bien qu'il n'y a plus chez elles vitalité suffisante des organes de la génération.

8. *De la monomanie des grandeurs ou mégalomanie au point de vue médico-légal*; par M. le Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile de Maréville (n° 24).

Etant donné que le délire orgueilleux, avec conceptions délirantes absurdes dans le sens des grandeurs, ne se rencontre qu'à la fin des vésanies, à la fin surtout de la folie de persécution, ou bien dans la paralysie générale, M. Sizaret prétend qu'en médecine légale, on doit conclure à la simulation quand les sujets accusent cette forme psychiatrique d'emblée et qu'ils ne sont pas paralytiques généraux.

Nous pensons que ce précepte n'est pas tout à fait juste et qu'il serait au moins téméraire de l'appliquer dans les expertises médico-légales. En effet, le délire orgueilleux incohérent et même systématisé peut apparaître d'emblée dans bien des circonstances et principalement : 1° dans l'alcoolisme, surtout dans l'alcoolisme chronique ; 2° dans la surexcitation maniaque es hystériques et des épileptiques; 3° dans les accès d'aliénation

qui surviennent rapidement chez les dégénérés héréditaires, accès d'aliénation qui guérisent le plus souvent mais qui réapparaissent ordinairement plus tard sous la même forme ou sous une forme différente; 4° dans la démence apoplectique; 5° dans la démence sénile. — Il n'y a en réalité que le délire chronique régulier, dont le type est le délire de persécution, qui ait pour caractéristique de son anciennoté lo délire orgueilleux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.

1884.

1. *Paralysie du nerf médian. Troubles trophiques*; par M. le Dr E. Rondot, professeur agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux (nos 7 et 8).

2. *Des effets de l'alcoolisme sur l'individu et sur sa descendance*; par M. le Dr H. Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés (nos 17, 18, 19, 20, 23, 29).

C'est un résumé de l'histoire de l'alcoolisme. L'auteur insiste surtout sur les troubles mentaux résultant de l'intoxication par l'alcool, et il passe en revue les diverses dégénérescences et les diverses maladies des enfants dont le point de départ est l'alcoolisme des parents. — Travail bien présenté et complet malgré son peu d'étendue, eu égard à l'importance du sujet.

3. *Intoxication saturnine — Paralysie des extenseurs de l'avant-bras*; par M. Woolonghan, hôpital Saint-André (n° 40).

Le sujet de l'observation est un marin qui s'est intoxiqué en faisant usage de l'eau distillée dont on se sert à bord des longs courriers. On sait, en effet, que l'eau distillée attaque le plomb.

Lyon médical.

1884.

1 *Pouls lent. Epilepsie bulbaire*; par M. le professeur Lépine, (n° 11).

Observation : Homme de cinquante-six ans, sujet depuis trois ans à des pertes de connaissance qui surviennent surtout quand il est à jeun et qu'il penche la tête en avant. Quand il revient à lui, il reprend son travail comme après un sommeil calme.

Pouls à 34 pulsations. — Mort subite, pendant une attaque qui s'était accompagnée de quelques convulsions dans la face.

Autopsie: Cerveau congestionné. Le trou cervical est un peu rétréci, il existe en effet une saillie notable de l'apophyse basilaire, laquelle saillie a comprimé et affaissé la moitié droite de la protubérance et du bulbe, il en est résulté une asymétrie considérable du mésocéphale. L'épilepsie est, dans ce cas, d'origine bulbaire. On sait que l'épine, point de départ des maladies protéiformes, groupées sous le nom d'épilepsie, peut avoir un siège variable : circonvolution, corne d'Ammon, etc... Chez le sujet, la modification du rythme cardiaque et les convulsions localisées à la face témoignent bien en faveur de la localisation bulbaire.

2. *Epilepsie jacksonienne dans un cas de lésion sous-corticale*; par MM. Bouveret, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et Eparvier, interne.

Femme de cinquante-quatre ans. Il y a deux mois, la maladie débuta sans prodrome par des secousses convulsives dans le membre supérieur droit, les accès étaient très fréquents, mais ils ne duraient que quelques secondes. Ni vertige ni perte de connaissance. Cinq semaines après le début, paralysie du membre supérieu rdroit. Quelque temps après, attaque de convulsions générales avec perte de connaissance. Enfin, état de mal avec convulsions unilatérales droites et mort.

Autopsie: Lésion sous-corticale de ramollissement (ce qui est assez insolite) à la partie supérieure du centre ovale à gauche. — Les lésions des fibres, émanées des centres corticaux, ont les mêmes caractères que les lésions de ces derniers.

3. *Relation d'une épidémie à phénomènes hystéro-choréiques observée à Albon (Ardèche) en* 1882; par M. le Dr Bouzol, ex-interne des hôpitaux de Lyon (nos 40, 41 et 42).

Un certain nombre de jeunes filles, presque toutes ouvrières en soie et travaillant dans des ateliers communs, furent successivement atteintes en quelques jours de troubles nerveux bizarres dont voici la description : Hyperesthésie très marquée du toucher, de l'ouïe et de la vue. Impressionnabilité excessive. Contractions cloniques des muscles de la face, du cou et du thorax. Ces spasmes se produisaient spontanément à l'état de veille, mais la moindre excitation d'un sens hyperesthésié les faisait naître. Au paroxysme, les malades levaient les membres su-

périeurs au-dessus de la tête, poussaient des cris aigus et les spasmes des muscles inspirateurs produisaient de véritables sanglots. Quand une malade entrait en crise, les convulsions atteignaient leur paroxysme chez toutes les jeunes filles atteintes qui se trouvaient dans la salle. Quelques-unes des malades avaient une tendance à l'hypnotisme et dormaient quinze à vingt heures sans qu'on pût les réveiller. — C'était donc là un mélange bizarre de phénomènes choréiques et hystériques se propageant par imitation. — Par l'isolement et les soins hygiéniques, on vint à bout de l'épidémie. — Suit la relation des observations des malades les plus atteintes.

4. *De l'apomorphine dans certains troubles nerveux*; par le M. Dr E. Weill, chef de clinique de la faculté (n° 48).

Les injections sous-cutanées d'apomorphine, à la dose de 2 à 6 miligrammes, rendent des services dans certains états nerveux. Dans une première observation de chorée grave, on obtint par cette médication une guérison complète. Dans une épilepsie corticale, on arriva à une très grande amélioration. Enfin, on put faire cesser un hoquet très pénible chez un tuberculeux. — Il n'est pas nécessaire pour arriver à un résultat que l'état nauséeux se produise.

Nice médical.

1884.

1. *Des suggestions hypnotiques*; par M. le professeur Pitres, de la faculté de Bordeaux; leçons recueillies par M. le Dr Davezac. — (livraisons des mois d'avril, de mai, juin, juillet, septembre, octobre, novembre et décembre). — ***Extrait du Journal de médecine de Bordeaux.***

C'est l'exposé complet et très bien fait des phénomènes appelés suggestions hypnotiques. Ces phénomènes sont bien connus des lecteurs des *Annales médico-psychologiques* et comme les leçons de M. Pitres ne renferment pas de faits nouveaux, nous ne les analysons pas, mais nous les signalons aux médecins qui ne sont pas au courant de ces questions.

JOURNAUX BELGES

ANNÉE 1884

(Analyse par M. le Dr L. Camuset).

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

1. *Nouvelles communications sur l'hypnotisme*; par M. le Dr W. Schleicher (livraison de janvier).

Cette communication comprend deux parties : la première est consacrée à des considérations cliniques sur les différents états hypnotiques; la seconde, à l'étude des phénomènes appelés par l'auteur *hypnotismes locaux*.

1° Chaque sujet hypnotisable présente un type particulier, un caractère propre d'hypnotisme; à savoir des troubles déterminés de la sensibilité, de la motilité et de la vie psychique. Ainsi, tel sujet excelle dans le maintien presque complet des facultés intellectuelles, une faible diminution de l'état de conscience et l'analgésie distinguent seules son état de l'état de veille. Un autre présente une perte complète de la mémoire, de la volonté, de la vie intellectuelle en général, et est facilement suggestionné. Un troisième est cataleptique, un quatrième est léthargique, etc. En un mot, « le nombre des manifestations hypnotiques est légion ». — Divers phénomènes peuvent se combiner entre eux, de façon à constituer des complexités infinies et il est impossible de classer ces différents états. Cependant M. Charcot a ramené ces états multiples à trois types: forme somnambulique, forme cataleptique et forme léthargique. M. Magnin veut que la sommation magnétique soit essentiellement progressive et que, pour passer de l'état de veille à l'état léthargique, le sujet traverse nécessairement, quoique parfois d'une façon imperceptible, les états somnambulique et cataleptique. — M. Schleicher a cependant vu des cas où les états se suivent dans un ordre opposé, il en donne la relation. — Un des caractères les plus intéressants de l'hypnotisme est l'hyperexcitabilité musculaire, en vertu de laquelle une irritation cutanée légère provoque, par voie réflexe, la contracture du muscle situé au-dessous de la région qui a été impressionnée. Pour MM. Charcot et Richer, cette propriété appartient exclusivement à la forme somnambulique. Pour obtenir semblable

contractilité dans la forme léthargique, il faut que l'excitation porte sur le muscle lui-même. Par contre, les mêmes excitations profondes ne sont pas capables d'impressionner les muscles, le sujet étant en somnambulisme. — M. Schleicher combat ces conclusions ; les deux manières de pouvoir déterminer la contraction musculaire ne sont pas, dit-il, *absolument* caractéristiques du type somnambulique, d'une part, du type léthargique, d'autre part.

2°. Chez beaucoup de personnes, il n'est pas nécessaire de provoquer, par une excitation continue et répétée des centres cérébraux, l'altération de la conscience et de la vie psychique, accompagnée de catalepsie ou de léthargie, altérations qui constituent les états hypnotiques vulgaires, pour produire chez elles des phénomènes neuro-musculaires locaux. La plupart des hystériques et quelques sujets du sexe masculin prédisposés sont susceptibles de présenter de l'*hypnotisme local*. — Voici les caractères principaux qui se rattachent à ces phénomènes :

1° Toute excitation d'une intensité moyenne ou faible, continue ou répétée d'une manière uniforme et régulière sur une partie quelconque de la peau, détermine l'insensibilité de la région touchée.

2° Une nouvelle excitation d'une autre nature arrête l'insensibilité hypnotique locale.

3° Les propriétés susénoncées se rapportent également aux fonctions des organes des sens. Des douches d'air, répétées uniformément dans les fosses nasales, provoquent l'insensibilité des odeurs. Des passes sur la langue enlèvent le goût. De petits coups régulièrement frappés sur les apophyses mastoïdes amènent la surdité, etc.

4° Toute excitation cutanée, soit continue, soit uniformément répétée, peut, chez certains sujets, provoquer la contracture des muscles situés au dessous de la région excitée. — Cette contraction peut être provoquée également en portant l'excitation mécanique, soit sur les muscles mêmes, soit sur les tendons soit sur les nerfs ; dans ce dernier cas, la contracture s'étend à tous les muscles innervés par les nerfs en question.

JOURNAUX ANGLAIS

Brain

Analyse par M. le D[r] de Musgrave Clay.

Année 1883.

NUMÉRO DE JUILLET.

Contribution à l'étude de la syringomyélie (hydromyélie); par le professeur C. Westphal.

Le savant professeur rappelle tout d'abord qu'il n'est pas rare de rencontrer chez le fœtus une dilatation du canal central de la moelle, qui est généralement accompagnée d'autres irrégularités dans le développement de cet organe. Cette dilatation est moins commune chez l'adulte, où parfois d'ailleurs, elle ne se traduit par aucun symptôme, et où l'on trouve le plus souvent des complications qui ne permettent guère de décider si la dilatation est congénitale ou si elle doit être attribuée à des causes pathologiques survenues à une époque plus avancée de la vie.

Parmi les conditions qui viennent compliquer la simple formation d'une cavité, les plus importantes sont l'épaississement des tissus qui entourent cette cavité, et l'apparition de produits de nouvelle formation. On peut observer aussi la dégénérescence grise (sclérose) des colonnes postérieures, l'atrophie de la substance grise, les hémorrhagies dans la cavité ou dans son voisinage, et quelquefois, soit dans la moelle, soit dans la moelle allongée, les traces d'une myélite circonscrite, aiguë ou chronique. Toutes ces lésions peuvent être dues en partie à la compression mécanique directe exercée par la cavité distendue, et en partie à des processus inflammatoires résultant de cette compression. En 1870, Hallopeau a cherché à expliquer la formation de ces cavités, au moins dans certains cas, autrement que par une dilatation congénitale du canal central. Plus tard Simon et l'auteur lui-même ont repris cette étude, et ont essayé l'un et l'autre de démontrer que la cavité était tout simplement le résultat d'un ramollissement, à début central, de la tumeur.

Il est néanmoins remarquable que, dans la plupart des cas

publiés, le siège de la lésion est constant et qu'il occupe généralement les colonnes postérieures de la moelle; il est à noter aussi que, sans parler du canal central, on trouve dans la tumeur des cavités qui portent les traces d'un revêtement d'épithélium cylindrique. D'autre part, l'embryologie nous explique pourquoi la cavité siège presque invariablement dans les colonnes postérieures; en effet, à une certaine période du développement, le canal central s'étend sous la forme d'une fissure entre les colonnes postérieures, jusqu'à la périphérie de la moelle, et n'est circonscrit que plus tard, par le développement que prennent transversalement les colonnes postérieures. Il suffit d'un arrêt de développement pour que cette fissure ne soit oblitérée que partiellement, et qu'il subsiste une cavité tubulaire dans les colonnes postérieures. Leyden, qui a étudié très soigneusement deux cas d'hydromyélie interne congénitale, a insisté sur les nombreuses analogies qui existent entre cette lésion et la syringomyélie des adultes. Enfin, Kahler et Pick ont démontré par de nombreuses observations qu'une dilatation considérable du canal central, résultant d'une simple anomalie de développement et ne donnant naissance à aucune modification pathologique, peut exister chez l'adulte, sans se révéler par le moindre symptôme; ils ont montré aussi que, malgré l'existence d'un canal central normal, l'agrandissement de ce canal peut donner lieu à la formation d'une cavité centrale, et que, lors même que les cavités occupent un siège qui n'est pas normalement celui du canal central agrandi (par exemple la corne postérieure), on ne peut pas être certain de n'être pas en présence de simples diverticulums émanant du canal central.

Dans ces conditions, le savant professeur estime que l'opinion qu'il avait autrefois adoptée, et qui lui paraissait alors conforme aux faits, doit être abandonnée, qu'il faut désormais admettre que la syringomyélie n'est pas entièrement indépendante des modifications du canal central, et reconnaître le lien qui existe entre elle et les modifications de développement qu'éprouve ce canal.

M. Westphal termine cet intéressant mémoire par la relation détaillée de deux cas de syringomyélie chez l'adulte.

Remarques cliniques sur quelques tumeurs intéressant les parties situées au voisinage du troisième et du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius; par J. S. Bristowe.

Ce mémoire se compose de cinq observations cliniques, recueillies avec soin, et relatées avec tous les détails qui peuvent en accroître l'intérêt; chaque observation est suivie du compte rendu de l'autopsie. — Le premier cas est celui d'un enfant de sept ans, chez lequel une tumeur tuberculeuse des corps quadrijumeaux fut suivie de méningite tuberculeuse; on avait constaté pendant la vie une paralysie de la troisième paire, des deux côtés, avec ptosis, et du tremblement de la tête, du cou et des quatre membres; l'enfant n'avait eu ni attaques, ni nausées, ni céphalalgie, ni névrite optique. — La seconde observation est celle d'une jeune fille de vingt-deux ans, chez laquelle, jusqu'à deux mois avant sa mort, on avait diagnostiqué une hystérie grave; cette jeune fille avait une tumeur de la valvule de Vieussens, intéressant le cervelet et les tubercules quadrijumeaux, et adhérant au plancher du quatrième ventricule; une tumeur de même nature fut rencontrée dans la dure-mère de la base. On avait constaté pendant la vie de la cécité, une névrite optique, une paralysie des muscles oculaires, de la surdité, du tremblement de la tête et des membres, et de la paralysie des membres; il existait en outre une affection mentale; enfin, l'oreille droite était le siège d'un écoulement purulent.—Dans le troisième cas, il s'agissait d'un enfant de quatre ans, chez lequel on observa du tremblement et de la rigidité des bras et des jambes, de la somnolence, de l'irritabilité; en même temps on constatait une névrite optique, une paralysie faciale légère, des convulsions et du coma. L'autopsie révéla la présence dans le troisième ventricule d'une masse tuberculeuse intéressant les deux couches optiques; cette lésion donna naissance à une méningite tuberculeuse, dont l'apparition s'accompagna d'une élévation de température. — Chez le quatrième malade, un enfant de quatre ans, il y avait une masse tuberculeuse dans le lobe gauche du cervelet et un épanchement séreux dans les ventricules. Les symptômes observés avaient été l'impossibilité de marcher, le tremblement des bras et de la tête, la névrite optique et la cécité, de fréquentes attaques épileptiformes, de la céphalalgie, etc.—Enfin, la dernière observation a trait à un jeune homme de dix-sept ans, qui présentait, en même temps que de la faiblesse intellec-

tuelle, de la raideur du cou, une démarche faible et incertaine, et des attaques épileptiformes; il était atteint d'hydrocéphalie chronique, et, à l'autopsie, on trouva des épanchements séreux abondants dans les ventricules latéraux, dans le troisième et le quatrième ventricule, et dans le canal central de la moelle.

Étude d'un cas d'épilepsie; par Charles Mercier.

La malade que M. Mercier a eu l'occasion d'étudier est une jeune femme de vingt-neuf ans, chez laquelle la première attaque d'épilepsie est survenue à l'âge de neuf ans. Depuis ce moment, ses attaques reparaissent par séries, composées chacune d'un nombre variable d'accès (de quatre à trente), et séparées par des intervalles très inégaux, oscillant entre quelques heures et trois mois. Bien que l'autenr déclare qu'il s'est borné à signaler les faits principaux, l'observation, telle qu'il la publie, n'occupe pas moins de dix pages; l'analyse n'en donnerait qu'une idée très incomplète, et force nous est de retenir seulement les trois points qui ont le plus frappé M. Mercier, et sur lesquels il insiste dans les réflexions qui suivent l'observation; ces trois points sont : la longue durée de l'aura, ou plutôt de la période prémonitoire, les troubles du langage articulé, et le caractère des convulsions.

L'aura se présente avec des caractères peu habituels : elle se manifeste par une sensation douloureuse généralisée, mais particulièrement aiguë à la tête et à la poitrine; pressée de définir ce qu'elle éprouve, la malade répond qu'elle ne peut décrire cette sensation « parce qu'elle est trop horrible ». Lorsqu'elle déclara à M. Mercier que la durée de cette période prémonitrice douloureuse était habituellement d'une heure et quelquefois de deux, celui-ci pensa que la malade se trompait, ou le trompait; mais il ne tarda pas à se convaincre que l'appréciation de la jeune femme était au contraire de beaucoup au-dessous de la réalité.

— Les troubles du langage articulé se sont conformés, sauf en quelques points de détail, à la loi formulée par Hughlings Jackson, c'est-à-dire que les groupes nerveux les plus spéciaux sont ceux qui ont le plus souffert, et qui ont recouvré le plus tardivement leurs fonctions, tandis que les groupes les plus généraux ont moins souffert, et ont récupéré leur action plus rapidement. C'est ainsi que chez cette malade, pour ne citer qu'un exemple, le retour de l'articulation des voyelles, dont l'usage est plus précoce et plus généralisé que celui des con-

sonnes, a précédé le retour de l'articulation des consonnes. — Il est à remarquer que les muscles qui servent à l'articulation du langage n'étaient pas paralysés; tous les mouvements de la bouche, de la langue, étaient parfaitement normaux; — en outre, la faculté d'articuler était entièrement perdue à un moment où l'écriture indiquait que la faculté du langage était intégralement conservée. Toutefois, si la faculté d'articuler a été atteinte d'une façon particulièrement grave, la faculté du langage n'a pas toujours été épargnée; dans la période prémonitoire, dont nous avons signalé la longue durée, l'activité de tous les centres allait graduellement en décroissant, et l'aphasie, qui existait incontestablement, ne pouvait passer inaperçue qu'à la faveur de la dégradation générale des processus de conscience; un jour même, elle précéda suffisamment cette dégradation pour devenir nettement et isolément appréciable; toutefois l'atteinte portée à la faculté du langage fut relativement peu sérieuse, et cette faculté fut récupérée bien avant celle de l'articulation des mots. Ce fait démontre bien que si, conformément à la règle, la décharge commençait dans les centres les plus élevés, elle devait cependant, durant la période convulsive, acquérir une prépondérance considérable dans des centres comparativement inférieurs; c'est du reste ce que faisait prévoir le caractère des convulsions.

— Les convulsions étaient toniques, bilatérales et à peu près symétriques; débutant presque simultanément dans les deux bras à la fois, elles suivaient la voie centripète depuis les mains jusqu'au tronc; l'attitude était celle de l'extension; la rotation était constante dans toutes les attaques. Bref, si l'on excepte la progression centripète, on remarque immédiatement que les caractères présentés par ces convulsions sont inverses de ceux que l'on observe dans l'épilepsie Jacksonienne.

Une étude attentive des faits, une discussion très intéressante, que nous nous bornons à indiquer, ne pouvant la reproduire ici, conduisent l'auteur à penser que les décharges nerveuses qui donnent naissance aux paroxysmes convulsifs, ne s'effectuent ni dans le cerveau, ni dans le cervelet, mais bien dans la protubérance. Mais ici se présente une objection d'autant plus grave pour M. Mercier qu'elle est tirée de ses propres travaux; il s'est en effet attaché à démontrer qu'une décharge ne commence jamais, et ne peut jamais commencer, que dans les centres les plus élevés d'une série; or, elle débuterait ici dans des centres tout à fait inférieurs, ce qui ne peut arriver

que si les centres supérieurs sont fonctionnellement annulés, ou, comme le dit l'auteur lui-même, « hors de combat ». Aucun des phénomènes observés ne correspondant à l'annulation fonctionnelle, c'est-à-dire à la décharge préalable de ces centres supérieurs, M. Mercier est obligé de recourir à une hypothèse, d'ailleurs fort ingénieuse; partant de ce fait que, dans cette longue période prémonitoire dont il a été plusieurs fois question, les symptômes que présentait la malade paraissaient accuser une diminution de l'énergie cérébrale, une déchéance progressive des fonctions des centres supérieurs, il se demande si ces centres ne laissaient pas graduellement échapper leur énergie, au lieu de la libérer violemment; s'il en était ainsi, on concevrait aisément que, l'heure du paroxysme venue, ces centres, lentement déchargés, eussent perdu leur action de contrôle sur les centres qui leur sont subordonnés, et qu'ils fussent, en un mot, comme s'ils n'étaient pas. Il est d'ailleurs un petit fait qui confirmerait cette supposition; on sait que dans les convulsions ordinaires d'origine cérébrale, à début brusque, on peut souvent enrayer l'accès par l'administration précoce du chloroforme; or, ce moyen ayant été essayé chez la malade, quelques inhalations suffirent à provoquer l'apparition immédiate des convulsions.

Si l'opinion qui vient d'être exposée venait à être reconnue exacte, elle fournirait l'explication des cas assez nombreux dans lesquels des crises de manie précèdent l'attaque épileptique; peut-être même pourrait-elle contribuer à établir une relation, non soupçonnée jusqu'ici, entre la folie que l'on observe chez les épileptiques et certaines formes d'aliénation qui ne sont pas manifestement associées à cette névrose.

Sur une méthode propre à démontrer les connexions du cerveau à l'état sain et à l'état pathologique; par D. J. Hamilton.

L'auteur s'est appliqué, depuis plusieurs années, à combler une lacune de la technique histologique du cerveau, et à chercher un procédé qui permît de suivre, sur des coupes minces de cet organe, pratiquées à volonté dans toutes les directions, le trajet des fibres cérébrales et leurs connexions avec la substance grise. Il est actuellement en possession de cette méthode, et il la décrit avec soin dans ce mémoire, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui poursuivent des recherches sur la constitution intime de l'encéphale.

Sur la perte du réflexe du genou des deux côtés consécutivement à une affection unilatérale du cerveau; par Stephen Mackenzie

La malade dont il s'agit était une femme de vingt-cinq ans chez laquelle le réflexe du genou était complètement aboli des deux côtés; l'autopsie révéla la présence d'un gliome (avec hémorrhagie dans la tumeur) intéressant le corps strié et la couche optique du côté gauche, et s'étendant le long du pédoncule jusqu'à sa jonction avec la protubérance.

Les faits d'abolition bilatérale du réflexe du genou par lésion unilatérale du cerveau ne sont pas très rares; mais ils n'ont pas reçu jusqu'ici, du moins à la connaissance de l'auteur, d'explication suffisante. M. Stephen Mackenzie s'est attaché à en chercher une, et il émet, non sans l'entourer des plus grandes réserves, une hypothèse tout au moins fort ingénieuse; nous traduisons textuellement le passage où elle est exposée, en regrettant de ne pouvoir mettre sous les yeux du lecteur la figure schématique qui accompagne le texte anglais, et qui rend plus facile l'intelligence de cette théorie un peu compliquée :

» Supposons qu'il existe dans chaque hémisphère un centre » (ou plusieurs centres) d'inhibition agissant sur la moelle » comme centre réflexe. Dans les conditions ordinaires, ces » centres agissent de concert et contrôlent l'excitabilité réflexe » de la moelle. Leur pouvoir d'inhibition peut être augmenté » par un effort volontaire, par exemple au moyen de centres » corticaux, unis par les fibres commissurales à des centres » d'inhibition situés plus bas. Les deux centres d'inhibition » agissent naturellement ensemble, chacun d'eux étant en connexion avec les deux moitiés du segment spinal où se produit » le réflexe, tout comme on voit les impulsions motrices être » transmises aux deux moitiés de la moelle par les tractus » pyramidaux croisés et directs. Mais ces deux centres étant » disposés en vue d'une action combinée, si l'un d'eux est lésé » ou détruit, l'autre demeure privé de contrôle, et comme il est » en connexion avec les deux moitiés de la moelle, il exerce une » hyper-inhibition, il annule le réflexe dans les deux moitiés » du segment médullaire dont il s'agit. Le centre d'inhibition » qui, normalement, coopère avec son congénère, étant lésé ou » détruit, sa fonction est nécessairement abolie; et, si nulle » autre action n'intervenait, il en résulterait une exagération » du réflexe régi par le centre d'inhibition. Mais ce résultat est

» empêché par le centre d'inhibition resté sain et désormais » privé de contrôle, dont l'action positive l'emporte sur l'ac- » tion négative de son congénère détruit. C'est de cette façon » que l'on peut expliquer comment une lésion limitée à l'un » des côtés du cerveau peut déterminer des deux côtés l'aboli- » tion du réflexe du genou, et cela en l'absence de toute alté- » ration de structure dans la moelle épinière. »

Un cas de « crampe des scieurs »; par G. V. Poore.

Le malade observé par M. Poore, est un ouvrier de trente-huit ans, d'aspect vigoureux, ne buvant pas, et dont le métier consiste à fabriquer des caisses d'emballage; comme il est « à ses pièces », il travaille dix à onze heures par jour, quelquefois même quatorze. Depuis quelque temps, il est dans l'impossibilité de manier la scie. En le faisant scier, le torse dévêtu, on s'aperçoit qu'en saisissant l'outil, il est pris d'un léger tremblement de la main; il fait cependant mordre la scie et donne assez bien le trait de haut en bas; mais il est incapable d'exécuter le mouvement qui consiste à ramener la scie vers le tronc; chaque tentative faite pour y réussir s'accompagne de mouvements en quelque sorte tumultueux de tous les muscles du membre supérieur. En examinant le malade avec beaucoup d'attention, on constate un aplatissement marqué de la fosse sus-épineuse droite, dû à une diminution de volume du muscle sus-épineux, et un aplatissement de la région sous-claviculaire du même côté, dû à une diminution de volume du grand pectoral, et plus spécialement de sa portion claviculaire; on remarque aussi des points douloureux d'abord dans la région du grand pectoral, au niveau du deuxième espace intercostal, ensuite au niveau de l'épine de l'omoplate; enfin, les deux faisceaux, sternal et claviculaire, du grand pectoral présentent une sensibilité électro-musculaire exagérée.

La maladie a débuté par une douleur siégeant à la région pectorale et survenant pendant le mouvement de retrait de la scie; ce fait contredit l'opinion classique suivant laquelle, dans les crampes professionnelles, on n'observerait aucun autre symptôme que l'incoordination motrice; il est également en contradiction avec l'hypothèse qui rattache cette affection à l'affaiblissement fonctionnel d'un centre de coordination.

Dans ses travaux sur la crampe des écrivains, l'auteur a insisté sur ce fait que les muscles qui sont le plus ordinairement atteints sont ceux qui sont soumis à un effort prolongé, et non

pas ceux dans lesquels la contraction et le relâchement alternent rapidement; or, chez ce malade, il y avait deux muscles atrophiés, le sus-épineux dont la contraction est nécessaire dans l'acte de scier, pour maintenir la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde et écarter légèrement le bras du tronc, et la portion claviculaire du grand pectoral, qui maintient, elle aussi, la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde, et favorise le mouvement de va-et-vient du bras; les muscles atteints par l'atrophie étaient donc tous deux indispensables à l'acte de scier, et soumis pendant cet acte à une contraction prolongée, ce qui confirme l'opinion précédemment émise par l'auteur.

NUMÉRO D'OCTOBRE 1883.

De la paralysie spinale atrophique chronique chez l'enfant; par Hughes Bennett.

Dans le travail qu'il a consacré à cette maladie, et dont nous avons rendu compte, le professeur Erb, en résumant l'historique de la question, signalait un cas de cette affection, publié par M. Hughes Bennett, et mettait en doute l'exactitude du diagnostic; dans le mémoire qui nous occupe actuellement, M. H. Bennett défend son diagnostic, en publiant de nouveau dans tous ses détails l'observation discutée; à ce premier cas, il en ajoute deux autres, fort intéressants, et dont il relate également l'observation. Dans ces trois cas, les réactions électriques étaient caractéristiques, et conformes à celles que l'on observe dans la paralysie infantile aiguë et dans la poliomyélite chronique des adultes. Lorsque ces réactions s'écartent du type normal, cette déviation, suivant l'auteur, est probablement due au développement incomplet de la maladie. Nous ignorons actuellement la signification et l'importance de ces modifications imprimées au type ordinaire des réactions électriques; l'avenir, en nous renseignant plus complètement à cet égard, les transformera sans doute en des éléments précieux de diagnostic et de pronostic.

De la paralysie spasmodique infantile; par W. B. Hadden.

L'auteur a pu réunir six cas de paralysie spasmodique infantile, et il les a divisés en deux groupes; le premier groupe (2 cas) comprend les faits de paraplégie spasmodique dans lesquels on constatait des troubles de nutrition de l'une des extrémités supérieures; dans les quatre cas du second groupe,

les membres supérieurs étaient seuls atteints. Ces six observations sont relatées dans tous leurs détails. Le trait commun qui les rapproche est l'état des extrémités inférieures; elles sont plus ou moins fléchies à la hanche et au genou ; les cuisses sont rigides et dans l'adduction, les genoux se touchent, les jambes sont inclinées en dehors, les talons souvent relevés et détachés du sol par la contraction des gastro-cnémiens. Bref les signes sont ceux de la paraplégie spasmodique; mais, chez l'enfant, c'est le spasme adducteur qui paraît prédominer, tandis que chez l'adulte, on observe plus communément le spasme extenseur.

L'étude attentive de ces cas, et leur comparaison avec ceux qu'ont publiés MM. Ross et Gee, ont conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

« Les antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial « à noter.

« Les circonstances particulières qui peuvent se produire « soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, « n'exercent aucune influence sur la production de la ma- « ladie.

« Dans près de la moitié des cas, on observe des accès « convulsifs durant la première enfance.

« Le premier accès se manifeste ordinairement pendant la « première année, quelquefois très-peu de temps après la « naissance, plus rarement dans le cours de la seconde année. « Habituellement les attaques se répartissent sur une période « de plusieurs jours, ou même de plusieurs mois, puis elles « cessent, soit définitivement, soit pour reparaître, après un « intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs années.

« Le nombre des accès varie de un ou deux à six, et même « davantage; quelquefois ils sont très nombreux. Les attaques « unilatérales sont rares; dans l'un de mes cas, le côté gauche « fut le premier atteint ; plus tard, ce fut le côté droit; mais « l'attaque demeura chaque fois unilatérale. Dans l'un des cas « du Dr Gee, c'était le côté gauche qui était surtout affecté, et « l'on y constatait, après l'attaque, une faiblesse temporaire. « Dans un cas, les accès auraient été suivis de strabisme in- « terne et de nystagmus. Enfin, l'aura, avec début local, n'a « été constatée que dans un seul cas.

La pathologie du poumon dans la paralysie générale; par J. Crichton-Browne.

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait beaucoup d'autopsies d'aliénés pour savoir combien les affections pulmonaires sont fréquentes chez ces malades, et particulièrement chez les paralytiques généraux. Toutefois, cette fréquence des maladies du poumon dans le cours de la paralysie générale a été jusqu'ici plutôt indiquée qu'étudiée, et c'est cette considération qui a décidé M. Crichton-Browne à présenter sur ce point un travail d'ensemble. On sait quel haut intérêt s'attache à toutes les publications du savant aliéniste anglais ; nous n'avons donc pas à faire l'éloge de ce mémoire, qui ne le cède en rien à ses devanciers ; nous allons essayer d'en faire ressortir les points les plus saillants, en regrettant seulement que son étendue nous force à être, sur chacun des points traités, plus bref que nous ne l'aurions souhaité.

Les observations de l'auteur, recueillies au West Riding Asylum, ont porté sur 100 paralytiques généraux (80 hommes et 20 femmes); l'âge moyen de ces malades, au moment de leur mort, était de 41 ans et demi pour les hommes, et de 42 ans et demi pour les femmes.

Le *poids* des poumons est le premier point sur lequel M. Crichton-Browne ait porté son attention ; les poids moyens constatés sont les suivants : Hommes : Poumon droit 756 gr. ; Poumon gauche 682 gr. — Femmes : P. droit 526 gr. ; P. gauche 432 gr. Ces chiffres sont tellement supérieurs à la moyenne normale, que l'on attribue immédiatement leur élévation à des lésions pulmonaires. D'autre part, sur les 100 cas étudiés, il y en avait seize où il n'existait aucune lésion pulmonaire appréciable à l'œil nu ; le poids moyen du poumon chez ces seize malades était au contraire inférieur au poids moyen normal, ce qui démontre que, dans la paralysie générale sans complication pulmonaire, le poids moyen du poumon tend à diminuer (surtout chez les hommes). Cette diminution tient assurément, pour une large part, aux troubles généraux de l'innervation trophique; mais elle est probablement favorisée aussi, dans les dernières périodes, par l'affaiblissement de la locomotion, de l'inspiration, de l'action cardiaque, et par le peu d'exercice de la fonction vocale ; on sait d'ailleurs, que chez les paralytiques, la capacité thoracique diminue, ainsi que l'activité des mouvements du thorax et la force du murmure vésiculaire.

Les lésions de la *plèvre* sont fréquentes (64 fois sur 100) et presque constamment de nature inflammatoire. Parmi ces lésions, beaucoup sont anciennes, et se rattachent probablement à des pleurésies qui n'ont que peu ou point attiré l'attention lors de leur apparition. L'examen de ces faits justifie pleinement l'opinion suivant laquelle la paralysie générale s'accompagnerait d'une tendance toute spéciale aux inflammations de la plèvre; on sait d'ailleurs quelle est la fréquence de la congestion pulmonaire dans cette maladie, et il n'est pas surprenant que cette congestion se propage souvent à la séreuse pleurale. On peut aussi invoquer l'opinion d'Anstie, qui pensait que les efforts prolongés et le surmenage musculaire pouvaient déterminer l'apparition de la pleurésie chez un sujet d'ailleurs parfaitement sain; or, il est à peine besoin de faire remarquer que ces conditions étiologiques se réalisent à leur plus haut degré dans la période d'excitation. — Il faut ajouter que lorsque les adhérences pleurales étaient unilatérales, elles siégeaient beaucoup plus souvent du côté droit que du côté gauche ; la proportion était de quatre fois contre une.

Parmi les lésions qui atteignent le tissu même du poumon, la *congestion pulmonaire* est de beaucoup la plus fréquente, et présente souvent un degré d'intensité qu'on n'observe pas d'habitude chez des sujets ayant lentement succombé dans le marasme. Sur les 100 cas étudiés, cette lésion a été constatée 49 fois ; elle siégeait au poumon droit dans 11 cas, au poumon gauche dans 6 cas ; elle était bilatérale dans 38 cas; on la trouva constamment plus accusée et plus diffuse chez l'homme que chez la femme. Elle présente habituellement les caractères et le siège de la congestion hypostatique ; mais elle n'est pas toujours limitée à la région qu'occupe cette forme de congestion, et 25 fois sur 49 elle avait envahi toute l'étendue du poumon. Elle s'accompagnait constamment de catarrhe bronchique, tantôt purulent (17 fois), tantôt simplement muqueux (30 fois). Il n'y a pas lieu d'insister sur les causes et le mécanisme de ces congestions ; mais on peut tirer de leur fréquence et de la facilité avec laquelle elles se produisent chez les paralytiques, d'utiles enseignements; c'est ainsi qu'on pourrait souvent en prévenir l'apparition par de fréquents changements dans le décubitus du malade ; et, d'autre part, il n'est pas douteux que l'emploi des moyens mécaniques de contention soit de nature à favoriser leur développement.

La *pneumonie* a été rencontrée 13 fois sur les 100 cas étudiés ;

dans deux cas elle était fibrineuse; les 11 autres cas appartenaient à la broncho-pneumonie ou à la pneumonie hypostatique. La pneumonie était double dans huit cas, droite dans quatre, gauche dans un seul. Abordant l'étude des causes et du mécanisme de la pneumonie dans la paralysie générale, M. Crichton-Browne rappelle et met à profit les travaux de Rosenbach et de Traube; nous devons nous borner à signaler cette intéressante discussion des faits, sans la reproduire.

La *phthisie* a été constatée 25 fois sur 100 ; dans six cas, on ne trouvait que des traces de la maladie, sous la forme de petits amas crétacés, environnés de tissu pulmonaire foncé et induré; comme il est infiniment peu probable qu'une transformation favorable de ces masses tuberculeuses se soit produite dans le cours d'une maladie aussi débilitante que la paralysie générale, il faut admettre que, chez ces malades, non seulement l'éclosion, mais encore le processus curatif de la tuberculose, avaient précédé l'apparition de l'affection cérébrale. Dans les autres cas, la phthisie était évidemment d'origine récente et en pleine évolution. Les lésions consistaient en tubercules miliaires gris (9 cas), en masses caséeuses (5 cas), et enfin en granulations grises, mélangées à des masses caséeuses jaunes (5 cas). Dans sept cas, il y avait des cavernes, de petites dimensions, à parois déchiquetées, sans fausses membranes, et entourées de tissu pulmonaire congestionné, œdématié, mais peu induré. — L'âge auquel ces malades étaient parvenus, exclut à peu près complètement l'idée d'une tuberculose héréditaire. En revanche, la débilité générale, l'impuissance motrice plus ou moins marquée qui accompagnent les dernières périodes de la paralysie générale, constituent manifestement, à l'égard de la phthisie, des causes prédisposantes de premier ordre. Enfin, M. Crichton-Browne, s'appuyant à la fois sur les chiffres fournis par diverses statistiques, et sur les données nouvelles qui résultent des travaux de Villemin et de Koch, n'hésite pas à admettre que la contagiosité de la tuberculose doit jouer dans l'étiologie de cette affection chez les paralytiques généraux, tout comme chez les autres catégories d'aliénés, un rôle qu'il n'est plus actuellement permis de négliger, et il n'hésite pas à conseiller l'isolement des phthisiques dans les asiles.

On a trouvé deux fois seulement des *abcès du poumon*; dans un cas, l'abcès était unique; il était consécutif à une pneu-

monie ; dans l'autre cas, il y avait trois petits abcès, probablement d'origine métastatique.

La *gangrène du poumon*, signalée par M. Mickle dans la paralysie générale, n'a été observée dans aucun des 100 cas étudiés par M. Crichton-Browne.

Les attitudes spontanées de la main considérées comme indicatives de l'état du cerveau; par Françis Warner.

Quel que soit le mécanisme qui détermine l'attitude d'un membre, l'auteur pense que personne ne contestera que ce mécanisme soit placé sous la dépendance du système nerveux central; et dès lors l'attitude du membre devient un indice de l'état des centres nerveux. C'est en partant de ce principe que M. Warner s'est depuis longtemps attaché à étudier l'attitude que prend spontanément la main chez les enfants, lorsque l'avant-bras est placé dans l'extension. Poursuivant actuellement ces recherches chez l'adulte, l'auteur étudie successivement la main nerveuse, la main énergique, la main au repos, la main étendue droite, la main convulsive, la main dans la frayeur, la main faible, la main étendue avec le pouce tombant. Il analyse ces divers états de la main dans le texte de son travail, ainsi que dans les tableaux qui l'accompagnent; des figures aident en outre le lecteur à se représenter ces différentes attitudes. Une bonne bibliographie du sujet termine cette intéressante étude.

Le tabes dorsal peut-il quelquefois avoir une origine périphérique? par Herbert W. Page.

Après avoir relaté l'observation d'un malade chez lequel un mal perforant au pied droit, ultérieurement suivi d'un second mal perforant au pied gauche, précéda de huit ans l'apparition du tabes dorsal (avec douleurs fulgurantes et arthropathie de Charcot), l'auteur rappelle le récent travail de Pitres et Vaillard sur la névrite périphérique, non traumatique, ainsi que les recherches de Savory et Butlin, de Ball et Thibierge, et de Treves sur le mal perforant, soit isolé, soit dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice; et après une intéressante discussion sur la possibilité et le mécanisme de ces rapports, il termine son travail par les réflexions suivantes : « Les faits « que nous avons sous les yeux nous montrent que le mal per- « forant est ou le symptôme, ou la conséquence d'un trouble « trophique de la région affectée et que, dans un assez grand

« nombre de cas, l'existence du tabes dorsal a été reconnue un « certain temps après l'apparition de ce symptôme d'une lésion « nerveuse périphérique. Il ne paraît pas illogique de supposer « que, dans ces cas, la maladie ait pu réellement débuter à la « périphérie du système nerveux ; et que la lésion nerveuse ait « été primitivement causée par la pression continuelle, et sou- « vent très douloureuse, d'un cor, et par la durée prolongée « d'un trouble sensoriel aboutissant finalement à une altération « de structure ; il ne paraît pas illogique non plus d'admettre « qu'après un temps plus ou moins long, la dégénérescence, « suivant une marche ascendante, puisse atteindre la moelle, « et alors, mais alors seulement, donner naissance aux symp- « tômes du tabes dorsal... Si la possibilité d'un pareil enchaî- « nement de phénomènes venait à être établie, elle confirmerait « l'opinion que le tabes dorsal peut dans quelques cas avoir « une origine périphérique, et elle démontrerait qu'un cor « douloureux, situé sous l'articulation métatarso-phalangienne, « est loin d'être une affection insignifiante dont on puisse im- « punément négliger le traitement. »

Note sur le réflexe du genou; par Victor Horsley.

Dans le cours d'une série d'expériences qu'il avait instituées sur lui-même dans un tout autre but, M. Horsley eut l'idée d'étudier l'état des réflexes profonds et superficiels dans l'anesthésie par le protoxyde d'azote ; il choisit le réflexe plantaire comme type de réflexe superficiel, et le réflexe du genou comme type de réflexe profond. Dans toutes les expériences, l'anesthésie fut complète, et poussée jusqu'à la rigidité, quelquefois jusqu'à la cyanose. Dans cet état de narcose profonde, où l'encéphale et la moelle subissaient l'influence de l'agent toxique, le réflexe plantaire et le réflexe de la conjonctive étaient abolis, tandis que le réflexe du genou persistait. Si l'on rapproche cette persistance du peu de temps nécessaire à la contraction qui produit le réflexe, on est fatalement amené à conclure que le raccourcissement du muscle est dû à l'irritation locale subie par le tissu musculaire sous l'influence d'une élongation brusque, avec conservation intégrale de la tonicité normale. On posséderait dès lors, dans le protoxyde d'azote, un agent capable de supprimer les réflexes superficiels sans détruire le tonus musculaire.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la Personnalité; par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. — Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1885.

M. Ribot vient de publier une étude sur la *Personnalité*, qui est en quelque sorte la suite de ses précédentes études sur la mémoire et sur la volonté.

Sa méthode est bien connue, c'est la méthode d'observation scientifique, appliquée à la psychologie. Il observe sur l'animal, sur l'homme malade et sur l'homme sain, puis il conclut. — Ce procédé n'est pas celui de l'Ecole; le psychologue classique se contente de l'observation subjective, il s'étudie à peu près exclusivement lui-même, et il arrive ainsi à des conceptions métaphysiques en contradiction journalière avec ce que la zoologie et la clinique nous enseignent. — Que deviennent, par exemple, les deux personnalités de deux polypes inclus l'un dans l'autre, et qui ne font, après un temps assez court, qu'un seul individu, si ces deux personnalités sont deux « Moi », entités psychiques? — Comment encore comprendre le Moi, entité psychique, de Félida, la malade de M. Azam, qui a en réalité deux personnalités indépendantes, qu'elle présente alternativement depuis nombre d'années?

En réalité, le Moi n'est pas une entité, mais bien une coordination. On l'a dit bien souvent et sous bien des formes. M. Luys a écrit que le « Moi n'est qu'une suite d'états de conscience, réunis par la mémoire. » — Cette définition n'est pas très exacte, puisque de nombreux facteurs inconscients entrent dans la constitution de la personnalité, mais enfin, elle a ce grand avantage d'écarter l'idée d'un Moi, entité indépendante, incompatible avec les faits.

Quand on s'étudie subjectivement, on a réellement la notion d'un Moi, mais ce n'est là qu'un état de conscience. On objective le schéma de sa personnalité pour le rendre perceptible à

l'optique cérébrale; et, comme le dit très bien M. Ribot, le schéma de la personnalité n'est pas plus la personnalité que le plan d'une ville n'est une ville. — « Par l'effort de la résistance, nous nous sentons cause. » Toutes les écoles à peu près, accordent que c'est par là que le Moi se distingue du non-moi. Mais qu'est-ce que le sentiment de l'effort, sinon un simple état de conscience comme les autres, et qui rentre dans la constitution du Moi actuel?

La personnalité étant un complexus, M. Ribot en étudie les divers éléments, mais avant de commencer, et sous forme d'introduction, il rappelle ce qu'il a énoncé dans ses précédents travaux, sur la *conscience*. « La conscience, terme général, doit se résoudre en données concrètes... La conscience ne se définit pas, c'est une donnée d'observation... Sa production est toujours liée à l'activité du système nerveux, mais la réciproque n'est pas vraie... La conscience est donc quelque chose de *surajouté*... Toutes les manifestations de la vie psychique peuvent être tour à tour conscientes ou inconscientes. »

Puis il examine les éléments constituants de la personnalité, qu'il divise en trois groupes : les éléments organiques, affectifs et intellectuels. Mais il a grand soin de faire observer que les éléments affectifs et intellectuels ont leurs racines dans l'organisme et que c'est, en fin de compte, l'organisme qui prédestine les désirs, les sentiments, etc. — Comme dans ses études sur la mémoire et sur la volonté, c'est surtout l'observation des cas pathologiques qui lui permet d'établir des déductions.

1° *Conditions organiques de la personnalité*. — Tout repose sur elles, et cependant les métaphysiciens les ont négligées. Le sens organique, sens du corps, vague et obscur d'ordinaire, très net parfois, est pour chaque animal la base de son individualité psychique. Cette cénesthésie, cahos non débrouillé de toutes les sensations qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises au sensorium, c'est la conscience organique, c'est-à-dire « la conscience que l'animal a de son corps et rien que de son corps. Elle a, dans la plus grande partie de l'animalité, une prépondérance énorme; elle est en raison inverse du développement psychique, mais partout et toujours cette conscience organique est la base sur laquelle l'individualité repose. C'est en elle que les instincts, les sentiments, les aptitudes propres à chaque espèce, à chaque individu, sont inscrits et fixés par l'hérédité. »

La personnalité physique, n'étant que l'ensemble des sensations organiques, varie avec ces dernières, et les variations comportent tous les degrés, depuis le simple malaise jusqu'à la métamorphose complète de l'individu. L'auteur dit que l'identité du moi persiste, tant que la somme des états qui restent relativement fixes est supérieure à la somme des états qui s'ajoutent à ce groupe stable ou s'en détachent. La pathologie mentale offre de nombreux exemples de tous les degrés de cette disjonction de la personnalité. Un exemple remarquable d'aberration complète de la personnalité physique est celui de ce vieux soldat blessé à Austerlitz, et qui depuis se croyait mort ; son vrai moi avait été tué, ce qu'on voyait actuellement n'était pas lui, mais une mauvaise machine faite à sa ressemblance. — L'étude des jumeaux et surtout celle des monstres doubles sont aussi bien intéressantes au point de vue de la personnalité physique. Il y a, chez les derniers, une partie commune, et chaque individu a aussi un moi et un *nous*.

2° *Conditions affectives de la personnalité*. — On peut les diviser en trois classes : 1° celles qui tendent à la conservation de l'individu ; 2° celles qui tendent à la conservation de l'espèce; et 3° celles d'un ordre plus élevé qui supposent le développement de l'intelligence et qui comprennent les diverses manifestations morales, religieuses, esthétiques, etc.

Les premières sont les seules qui existent chez l'enfant. Quand il vieillit, le rôle de la nutrition diminue, mais ne disparaît pas. Quand la nutrition diminue, l'individu se sent déprimé. La perturbation organique déprime d'abord la faculté de sentir et la pervertit par la suite. On en trouve des observations diverses chez les lypémaniaques. On voit, dans la paralysie générale au début, la contre-partie de ces transformations partielles du moi; au lieu de dépression, il y a exaltation, c'est-à-dire transformation par excès. Enfin dans la folie à double forme, ces deux états opposés se succèdent périodiquement.

Les secondes conditions, celles qui tendent à la conservation de l'espèce, ont une importance évidente. On connaît les modifications psychiques qu'entraîne l'établissement de la puberté et celles que produit la castration. En médecine mentale, on rencontre des hommes qui se croient femmes et réciproquement. Quand cette perversion ne dérive pas d'une modification des organes génitaux, il est probable qu'il existe une altération dans la transmission des impressions qui vont du centre géni-

tal de Budge au cerveau par des tubes nerveux profondément situés.

Quant aux troisièmes conditions affectives de la personnalité, qui sont nées au cours de l'évolution, plus tard que les précédentes : tendances morales, sociales, esthétiques, etc., elles sont partielles et aucune d'elles, toute seule, ne peut produire une métamorphose de la personnalité.

3° *Conditions intellectuelles de la personnalité.* — Les perversions sensorielles peuvent modifier la personnalité, au point de la transformer complètement, la clinique le prouve, mais alors le moi nouveau ne parvient jamais à supplanter complètement le moi normal. Il y a alternance entre les deux, les éléments de l'ancien moi reprennent le dessus par intervalles et, la mémoire aidant, le malade a parfois l'illusion de se croire double. — Les hallucinations, ou du moins certaines espèces d'hallucinations, peuvent aussi produire un commencement de dissociation de la personnalité. Certains malades objectivent, en effet, certains états de conscience qu'ils ne regardent plus comme leur étant propres. Il y a aliénation et non dédoublement de la personnalité.

Les idées fixes enfin peuvent absorber complètement la personnalité, et on connaît quelques rares exemples de transformation idéale de la personnalité. Mais la transformation est alors superficielle, précaire, et on peut la comparer à celle qu'on obtient par les suggestions hypnotiques. *La personnalité vient surtout d'en bas*, comme le répète à plusieurs reprises M. Ribot.

Après avoir passé en revue les troubles si nombreux et si dissemblables de la personnalité, l'auteur les classe et les rattache à trois types : dans le premier type, la cénesthésie est complètement changée, l'état nerveux sert de base à une nouvelle vie psychique. Il ne reste de l'ancien moi que des preuves automatiques, presque inconscientes, comme la marche, les travaux manuels, etc. Il peut arriver que quelques vestiges de l'ancien moi se raniment et viennent jeter une indécision passagère sur la nouvelle personnalité. — Le second type a pour caractère fondamental, l'alternance de deux personnalités Exemple : les cas de MM. Azam et Dufay, et celui que nous avons été assez heureux pour rencontrer dans notre pratique et que nous avons publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1882. — Le dernier type est plus superficiel, l'altération est plutôt psychique, en tout cas elle est moins stable ; mais comme tout phénomène psychique, elle a un substratum organique

qui en est le principe. Exemple, l'ouvrier qui se croit millionnaire.

Nous nous efforçons de faire comprendre l'esprit du livre de M. Ribot, nous en indiquons le plan, mais nous ne l'analysons pas. En un petit volume de 160 pages, l'auteur a condensé en un style clair et précis une quantité énorme de documents et de déductions, tous d'une importance majeure pour la thèse qu'il soutient. L'analyse est impossible, il faudrait copier les chapitres les uns après les autres. C'est du reste par une longue citation que nous voulons finir notre article, nous la choisissons parce qu'elle résume en quelque sorte la doctrine : «..... Dans l'explication des faits nous revenons toujours, fatalement, à l'organisme..... A mesure que nous avançons dans notre revue des faits, une conclusion se dégage pour ainsi dire d'elle-même : *c'est que la personnalité résulte de deux facteurs fondamentaux, la constitution du corps avec les tendances et sentiments qui la traduisent, et la mémoire.*— Si le premier facteur seul est modifié, il en résulte une dissociation momentanée, suivie d'un changement partiel du moi. Si la modification est assez profonde pour que les bases organiques de la mémoire subissent une sorte de paralysie, alors la désintégration de la personnalité est complète : il n'y a plus de passé, il y a un autre présent. »

Quant à la doctrine, nous laissons aux psychologues classiques le soin de la combattre, nous avouons, du reste, notre incompétence en critique métaphysique; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que les faits cliniques sur lesquels s'appuie M. Ribot sont exacts, c'est que les conséquences que ce philosophe en tire sont logiques, c'est enfin que les théories nouvelles qu'il expose sont compatibles avec les données actuelles de la science, tandis que les théories anciennes ne le sont pas.

Dr Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Recherches expérimentales sur le mécanisme de fonctionnement des centres psycho-moteurs du cerveau, par le Dr Marique; Paris, 1885; br. in-8°.

— Etudes cliniques sur les aliénés dangereux dits criminels; par le Dr Louis Jean; Blois, 1885; br. in-8°.

— De la myopathie atrophique progressive; par les Drs L. Landouzy et J. Dejerine; Paris, 1885, br. in-8°.

— Asile d'aliénés de Pau; compte rendu moral et administratif et rapport médical pour l'exercice 1884; Pau, 1885.

— Maison de santé de Préfargier; 36e rapport annuel par le Dr G. Burckhardt; Neuchâtel, 1885; br. in-8°.

— Giacomo Leopardi e la filosofia dell'amove; conférence, par le Dr Ern. Bonvecchiato; Venise, 1885; br. in-8°.

— Kritische und Klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestaüschungen; par Victor Kandinsky; Berlin, 1885; vol. in-8.

— Fortschreitende Paralyse der Irren; dementia paralytica; manie; melancholie; Circuläre Psychosen; par le prof. L. Wille; Berlin, 1880; br. in-8°.

— Ueber Paranoia, Verrucktheit; par le prof. L. Wille; Berlin 1886; br. in-8°.

— Ueber indurcites Irresein; par M. le prof. L. Wille; Berlin, 1885; br. in-8°.

— The plan of the central nervous system; par le Dr Alex. Hill; Cambridge, 1885; br. in-8°.

— Aerztlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Burgerspitales in Basel, vom Jahre 1884; par le prof. Wille; Bâle, 1885; br. in-8°.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het Jaar 1884; par le Dr van Persijn; Haarlem, 1885; br. in-8°.

— Report of the Board of Trustees of the eastern Michigan asylum at Pontial; Lausurg; 1884; br. in-8°.

— Abstract of thrre lectures on the mutual relation of the grey masses of the cerebro-spinal system and their connections with peripheral nerves; par le Dr Al. Hill; London, 1885; br. in-8°.

— Eloge du professeur Ch. Lasègue, lu à la séance publique annuelle du 27 avril 1885 de la Société médico-psychologique; par le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison de Charenton; 1 broch. in-8° avec portrait. Paris, O. Doin, édit. 1885.

— Asile public d'aliénés de Lafond. Rapport administratif et médical pour l'exercice 1884; par le Dr H. Mabile. La Rochelle, 1885.

— Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport administratif pour l'exercice 1884; par M. Mirepoix, directeur. Nancy, 1885.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 4 juillet 1885. — M. le Dr VALLON, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, est nommé médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Villejuif (Seine), et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

Arrêté du 22 juillet 1885. — M. le Dr RAMADIER est nommé médecin adjoint de l'asile de Lafond (2e classe, 2,500 fr.), en remplacement de M. le Dr Gauthier de Beauvallon, mis en disponibilité.

Arrêté du 17 avril 1885.— Sont promus : à la 2e classe de leur grade (6,000 fr.), MM. les Drs CULLERRE, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), et LANGLOIS, médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

A la 3e classe (5,000 fr.), MM. les Drs Germain CORTYL, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et BOUBILA, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Marseille.

A la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), MM. les Drs CAILLAU et PAGÈS, médecins adjoints des asiles de Braqueville (Haute-Garonne) et La Roche-Gandon (Mayenne).

NÉCROLOGIE.

CH. DES ETANGS. — Le Dr Ch. des Etangs, membre honoraire de la Société médico-psychologique, est décédé à Versailles, au mois d'avril dernier, à l'âge de quatre-vingts ans.

Né à Paris en 1805, cet estimé et savant confrère y fit ses études médicales ; mais ses goûts le portaient plutôt vers les travaux littéraires que vers la pratique de son art. On lui doit une tradution de Celse, qui est restée classique ; elle fut publiée en 1846. En 1848, le Dr des Etangs fut un moment maire d'un des arrondissements de Paris, et, peu après, il fut nommé sous-bibliothécaire au Val-de-Grâce. Outre son excellente traduc-

tion des œuvres de Celse, il publia un volume du plus haut intérêt social, intitulé : *Etudes sur la mort volontaire. Du suicide politique en France depuis 1789 jusqu'à nos jours* (Paris, 1860).

Le Dr des Etangs était un esprit fin et distingué; il laissera à tous ceux qui l'ont connu et fréquenté le souvenir d'une intelligence élevée et d'un cœur excellent.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu, le 19 mai dernier, sa séance publique annuelle pour 1883 et 1884, sous la présidence de MM. Hardy et Alphonse Guérin. Parmi les prix qui ont été proclamés dans cette séance, voici ceux relatifs à la pathologie mentale et nerveuse.

Prix de 1883.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *Paralysies et contractures hystériques.*

Ce prix était de la valeur de 2,000 fr.

Un mémoire a concouru, portant pour épigraphe : « Ce n'est « pas assez de compter les expériences; il les faut priser et « assortir; il les faut avoir digérées et alambiquées, pour en « tirer les raisons et conclusions qu'elles portent » (Montaigne.)

Le prix est décerné à son auteur, M. le Dr Paul Richer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Prix de 1884.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question posée : *De la sclérose en plaques disséminés*

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Marie, de Paris, auteur du mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : *Facies non omnibus una.*

Prix fondé par M. le Dr Lefèvre.— Ce prix qui est triennal, devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie.

Il était de la valeur de 2,500 francs.

Deux ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Mairet, de Montpellier (Hérault), pour son travail intitulé : *De la démence mélancolique,* inscrit sous le n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le Dr Gabriel Reignier, médecin de Surgères (Charente-Inférieure), pour son

mémoire inscrit sous le n° 2, avec cette épigraphe : *Medicus curat se ipsum*.

Prix fondé par M. le Dr Falret. — Question posée : *Des folies diathésiques*.

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix préposés pour l'année 1885.

Prix Civrieux. — Question : *De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales*.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

CRÉATION D'UN ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DANS LA SOMME.

Le Conseil général de la Somme avait adopté, en principe, lors de sa session d'avril 1885, le projet de créer un asile départemental d'aliénés.

Dans sa séance du 22 août dernier, il a approuvé, d'une manière définitive, les plans et devis qui lui étaient présentés par M. Léon Cohn, préfet du département, pour la construction de cet asile, et il a voté les ressources nécessaires à la réalisation du projet.

L'emplacement choisi est la commune de Dury, limitrophe de celle d'Amiens. Les plans ont été dressés, après des études approfondies, et la visite de nombreux établissements similaires, par M. Nicquier, architecte du département. La dépense est évaluée à 1,800,000 fr. Elle doit comprendre l'acquisition d'un terrain de 33 hectares, la construction des bâtiments et de la double enceinte de murs de clôture ; l'achat du matériel et du mobilier. La population prévue est de 400 malades, dont 350 au régime commun et 50 pensionnaires à des régimes spéciaux ; les services généraux sont calculés pour 600 malades. Les travaux doivent commencer dès la campagne prochaine.

LE SERVICE DES ALIÉNÉS A L'ASILE SAINTE-ANNE.

Voici quel a été, pendant les cinq dernières années, le mouvement des aliénés au bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

		1880		1881		1882		1883		1884	
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Admis.	Pour la première fois	1217	990	1401	1066	1226	1023	1314	1131	1475	1188
	Par rechute	256	178	261	182	316	185	298	175	327	197
	Par transfèrement	14	30	2	19	10	2	6	3	»	5
		1487	1198	1664	1267	1552	1216	1618	1309	1802	1390
Sortis.	Par guérison	31	44	31	44	28	35	26	29	41	35
	Par amélioration	»	»	»	»	13	10	20	38	12	6
	Par autres causes	3	»	1	1	»	»	1	1	213	50
Transfèrem.	Dans l'un des asiles de la Seine	1348	1091	1554	1183	1414	1086	1352	1120	1448	1186
	Ailleurs	»	»	»	»	»	»	6	53	8	49
Décès		86	97	77	65	81	67	69	66	70	70
		1468	1232	1663	1293	1536	1984	1474	1307	1792	1396

Congrès d'anthropologie criminelle. — Congrès pénitentiaire international.

Un comité de jurisconsultes, de médecins légistes et de médecins aliénistes, italiens et étrangers, dans les but d'offrir aux travailleurs l'occasion d'exposer quelques-unes des principales thèses de l'école d'anthropologie criminelle, a décidé de tenir à Rome, du 15 au 20 novembre 1885, un Congrès dans lequel seront particulièrement traitées les questions suivantes :

1° S'il convient de faire entrer dans le nouveau Code les conclusions de l'école d'anthropologie criminelle (Rapporteurs, MM. Garofalo, Pavia et Puglia).

2° Quelles catégories il y a lieu d'établir parmi les délinquants et quels caractères organiques et psychiques essentiels les distinguent (Rapporteurs, MM. Romiti, Marro, Lombroso, Ferri).

3° Rôle du médecin expert dans les procès criminels (Rapporteurs, MM. Pasquali, Tamassia, Guiriati).

4° Sur les meilleurs moyens d'obtenir la réparation des délits (Rapporteurs, MM. Pasquali, Venezian).

5° Si le suicide croît en raison inverse de l'homicide (Rapporteur, M. Morselli).

6° Quels sont les meilleurs moyens contre la récidive? (Rapporteurs, MM. Barzilai, Brusa, Binelli).

Le prix de la souscription est de 5 fr.

On s'inscrit au siège de la Commission d'organisation (Via Po, 18, à Turin).

Parmi les membres de la Commission, nous relevons les noms de MM. Brouardel et Lunier de Paris, Lacassagne de Lyon et les principaux médecins aliénistes de l'Italie.

Une exposition d'anthropologie criminelle sera organisée à Rome pendant la durée du Congrès.

Nous devons ajouter que du 21 au 27 novembre se tient également à Rome, cette année, la 4e section du Congrès pénitentiaire international. C'est pour cette raison que le siège du Congrès d'anthropologie criminelle a été transféré de Turin à Rome.

MORT DU DOCTEUR LUNIER

La Rédaction des *Annales médico-psychologiques* vient d'être frappée d'une manière aussi soudaine qu'imprévue par la mort de M. le Dr Lunier, décédé le 5 septembre 1885.

Notre éminent collègue avait été, dès le début, un des collaborateurs les plus assidus du Journal ; depuis 1867, il était l'un de ses directeurs, et tous les numéros portaient sa signature.

Nous pensions pouvoir profiter longtemps encore de son précieux concours et rien ne nous avait préparés à cette cruelle séparation.

Les honneurs, du moins, n'auront pas manqué à ses funérailles qui ont eu lieu à Paris le 9 septembre ; de nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe.

Ne voulant pas faire attendre, pendant deux mois, à nos lecteurs, la connaissance des hommages rendus à la mémoire du Dr Lunier, nous avons réuni tous ces discours dans un fasicule supplémentaire, au risque de retarder de quelques jours la publication du présent numéro.

Celui-ci commence par le récit d'une solennité qui a été un jour de fête pour tous les aliénistes français, continuateurs de l'œuvre réparatrice de Pinel. Un poignant contraste fait qu'il se termine par le compte rendu d'une cérémonie funèbre qui a été, pour nous, à plus d'un titre, un véritable deuil de famille.

LA RÉDACTION.

DISCOURS

PRONONCÉS

SUR LA TOMBE DU DOCTEUR LUNIER

Discours de M. Vallin, au nom de l'Académie de médecine.

Messieurs,

L'Academie de médecine m'a confié le soin douloureux de payer à M. Lunier le juste tribut de nos regrets et de rappeler quels titres avait notre sympathique collègue à notre estime et à notre affection.

Qui de nous en le voyant passer, il y a quelques jours, avec sa robuste apparence, avec sa belle et aimable figure, à laquelle une abondante chevelure blanche donnait non moins de dignité que de douceur, qui de nous eût pu songer un instant à une fin si prochaine? Un refroidissement banal, au cours d'une partie de chasse, est venue terminer brusquement une carrière encore si utile aux siens, si remplie encore de projets et d'espérances.

D'autres amis viendront tout à l'heure rappeler les services que M. Lunier a rendus dans les fonctions publiques qu'il a exercées, dans les Sociétés dont il était membre. Ici, nous parlerons surtout de l'académicien, de l'hygiéniste, du légiste, de l'homme aimable et bienfaisant que nous avons connu.

M. Lunier est né à Sorigny (Indre-et-Loire), en 1822. Après avoir été interne des hôpitaux de Paris, une thèse

très remarquée sur la paralysie générale progressive, sa parenté avec l'un des doyens actuels de l'Académie de médecine, un des maîtres vénérés des aliénistes de notre temps, le dirigèrent vers l'étude des maladies mentales. Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Niort, directeur-médecin de l'asile de Blois, il parcourut successivement tous les échelons de la carrière, et fut nommé en 1864 inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France, fonctions qu'il conserva, non sans quelques vicissitudes, jusqu'en ces derniers temps; la retraite et l'honorariat venaient de lui offrir un repos dans lequel il ne s'oubliait pas. Pendant cette longue période, il a publié, sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, un nombre considérable de mémoires dans les *Annales médico-psychologiques* dont il était devenu le rédacteur en chef depuis 1867.

Sa grande pratique des services d'aliénés lui avait donné sur ces matières une expérience indiscutable. Avec deux éminents collègues, il rédigea, lors de l'Exposition de 1878, ce remarquable *Rapport à M. le Ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874*, qui servira à édifier l'histoire médicale et administrative de notre pays. En 1881 et 1882, il fut l'un des collaborateurs les plus utiles du ministre, dans le projet de revision de la loi de 1838 sur les établissements d'aliénés, projet qui est actuellement soumis aux délibérations du Parlement.

M. Lunier était à la fois médecin et administrateur; il avait l'initiative, le sens pratique des choses, le goût de l'organisation : il aimait justement à s'en prévaloir; ses efforts en ce sens ont porté non seulement sur les établissements d'aliénés, mais encore sur la réforme pénitentiaire, sur l'assistance à donner aux épileptiques, aux enfants abandonnés, sur les asiles, les écoles, etc.

La tendance naturelle de son esprit portait M. Lunier à s'intéreser à tout ce qui pouvait améliorer le sort matériel et moral des dégénérés, des faibles, des malheureux. Il a été le collaborateur de Parchappe et aussi de M. Baillarger dans leurs magistrales enquêtes sur le goître et le crétinisme en France, publiées en 1873 et 1874. A la suite de la guerre de 1870-1871, où sa belle conduite dans les ambulances de la Presse lui valut la croix d'officier de la Légion d'honneur, il avait signalé l'influence des grandes

commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales ; presque en même temps il montrait le rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide. Ces recherches lui inspirèrent le généreux désir de combattre par la persuasion, par des récompenses aux buveurs corrigés, les progrès croissants de l'alcoolisme. M. Lunier fut l'un des fondateurs, en 1872, et il resta jusqu'à son dernier jour le secrétaire général de la Société française de tempérance. Il se consacra tout entier à cette œuvre méritoire ; dans cet apostolat d'un nouveau genre, il fit reconnaître cette Société d'utilité publique, il accepta la tâche ingrate d'être le rédacteur en chef du journal qui en publie les actes ; lors de l'Exposition de 1878, il organisa à Paris un Congrés international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme ; il fut l'âme et le secrétaire général de ce congrès dont il publia les comptes rendus. Déjà, en 1877, il avait fait paraître un ouvrage où l'on trouve réunis des documents statistiques importants sur la production et la consommation des boissons alcooliques en France et leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations.

Ces travaux intéressant à la fois l'hygiène publique, la médecine légale et la police sanitaire, ouvrirent à M. Lunier, en 1883, les portes de l'Académie de médecine ; il y apportait, sur tant de branches diverses, une compétence et une expérience administrative dont on a pu apprécier l'utilité en 1884, lors de la discussion sur la réforme de la loi concernant les aliénés. Deux ans seulement se sont écoulés depuis que M. Lunier entrait dans notre Compagnie, et voilà qu'une brutale séparation nous prive à la fois du concours du savant et du charme des relations avec un collègue, chez lequel tout le monde appréciait la courtoisie, la dignité et l'indépendance du caractère.

Partout, en effet, où il a passé, M. Lunier a su se faire aimer : de ses malades, de ses adjoints, des médecins des asiles qu'il était chargé d'inspecter. Sa qualité dominante était la bonté ; il était conciliant, se prodiguait pour ses amis, parfois même pour les autres. Il était réellement bienfaisant et ne reculait pas devant le sacrifice discret et continu, pour venir en aide à ceux envers qui il croyait avoir des devoirs à remplir.

Cher collègue, la mort est venue vous surprendre au milieu de tant d'activité, et c'est avant d'avoir achevé votre tâche que vous entrez dans l'éternel repos, mais vous vivrez dans le souvenir de tous ceux à qui vous avez fait du bien, de ceux que vous avez aimés, dans le souvenir aussi de ceux dont vous avez été trop peu de temps le collègue.

Adieu, mon cher Lunier ; au nom de l'Académie, adieu.

Discours de M. Foville, au nom du Service des aliénés et de l'Association générale des médecins de France.

MESSIEURS,

M. le Dr Lunier, auquel nous avons le triste devoir de rendre, aujourd'hui, les derniers honneurs, a été, pendant près de quarante ans, attaché au service public des aliénés ; il en a successivement parcouru tous les grades et a été promu de bonne heure au poste le plus élevé qui puisse être atteint dans cette branche de l'administration française, à celui d'Inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

En même temps que ses nombreux travaux scientifiques lui assuraient un juste renom parmi les médecins aliénistes, ses publications relatives à l'administration des asiles étendaient sa réputation au delà des limites de son pays, et à ce double titre, il a été considéré, à l'étranger, depuis la mort de Parchappe, comme l'un des représentants les plus éminents et les plus autorisés de la science médico-administrative, relative au traitement des aliénés.

Interne des hôpitaux de Paris de la promotion de 1845, il a passé plusieurs années à la Salpêtrière, ce vaste théâtre des études de neuro-pathologie, qui, après avoir été l'Ecole où se sont illustrés Pinel et Esquirol, Ferrus et Rostan, Baillarger et Falret, brille aujourd'hui d'un éclat plus vif que jamais.

Ainsi préparé, il fut, pendant quelque temps, attaché à la maison de santé privée d'Ivry, fondée par Esquirol; puis il entra dans le service des asiles publics et fut nommé, en 1851, médecin en chef du quartier de Niort.

De ce poste, il fut appelé, en 1854, à celui de directeur-médecin de l'asile de Blois, dans lequel il se signala par de nombreuses améliorations apportées à l'ensemble du service, et par l'organisation d'un pensionnat qui est resté l'un des meilleurs de France.

Aussi, se trouva-t-il naturellement désigné au choix du Gouvernement, lorsqu'une vacance se produisit dans l'Inspection générale du service des aliénés.

Nommé Inspecteur en 1864, il prit une part des plus active au développement des applications de la loi tutélaire du 30 juin 1838. Plusieurs des asiles départementaux, créés pendant cette période, ont été construits en grande partie sous sa direction, et ont largement profité de son expérience consommée.

L'année terrible paralysa le service d'inspection administrative des asiles d'aliénés. Enfermés dans Paris, les trois Inspecteurs consacrèrent, avec un zèle égal, leur dévouement et leur savoir aux soins à donner aux victimes de la guerre. M. Lunier s'enrôla dans les ambulances de la Presse et fut l'un des principaux lieutenants de Ricord dans la direction de cette œuvre patriotique. A ce titre il contribua puissamment à l'organisation des secours médicaux lors des différentes tentatives faites par l'armée de Paris pour rompre le cercle de fer qui étreignait la capitale. Les journées du Bourget, de Champigny, de Buzenval furent pour lui autant d'occasions de faire briller son activité vraiment infatigable. La croix d'officier de la Légion d'honneur récompensa tant d'énergie.

Le calme rétabli, M. Lunier reprit son service d'inspection, qu'il aimait par-dessus tout, et où il était universellement aimé, car tous ceux qui étaient soumis à son contrôle savaient qu'ils pouvaient compter sur son équité et sur sa bienveillance.

Il fut l'un des auteurs du Rapport général sur le service des aliénés que le Gouvernement fit rédiger à l'occasion de l'Exposition de 1878, travail de longue haleine, qui donne une histoire complète des efforts méthodiquement poursuivis, dans toute la France, pour améliorer le sort des déshérités de la raison, depuis la réforme de Pinel jusqu'à nos jours. Le fait seul d'avoir participé à la rédaction de ce rapport, aussi volumineux que substantiel, suffirait pour assurer, au nom de M. Lunier, une notoriété durable.

Désireux de voir se compléter l'organisation des secours publics, il prit l'initiative de propositions nouvelles, en faveur d'une classe de malades aussi dignes de sollicitude au point de vue social qu'au point de vue individuel, mais devant lesquels ne s'ouvrent que bien rarement, soit les hôpitaux ordinaires soit les asiles spéciaux ; je veux parler des épileptiques simples ou non aliénés. Dans le mémoire qu'il présenta, sur ce sujet, à l'Académie de médecine, il réclamait de l'Etat et des départements, la création d'établissements exclusivement consacrés au traitement de ces infortunés. Ses revendications n'auront pas été stériles ; elles ont trouvé un écho dans le Sénat et déjà plusieurs départements ont reconnu qu'il est nécessaire de faire, aux épileptiques, une place à part dans le service de l'assistance publique. Les études techniques de M. Lunier ont certainement contribué à amener cet heureux résultat.

Il prit, en 1881 et 1882, une des principales parts dans les travaux préparatoires, relatifs à la revision de la législation de 1838, et il fut le collaborateur personnel du ministre de l'intérieur, M. Fallières, dans la préparation du projet de loi, actuellement soumis à l'examen du Parlement.

L'heure de la mise à la retraite sonna, pour M. Lunier, alors qu'il était encore plein de force et de vigueur. Le repos relatif dont cette mesure le menaçait, aurait été, pour lui, un bien lourd fardeau, si l'Académie de médecine, en lui ouvrant ses portes, n'avait fourni un nouveau champ à son activité, ne lui avait imposé de nouveaux devoirs.

M. Lunier avait étudié, avec un soin tout particulier, les questions relatives à l'exercice de la médecine et aux intérêts professionnels du corps médical. Aussi fit-il, dès le début, partie de l'Association générale des médecins de France. Il était Président honoraire de la Société locale de Loir-et-Cher, et membre du Conseil général de l'Association ; il était, même, grâce à l'étendue de ses relations, et à son infatigable serviabilité, l'un des membres les plus utiles de ce Conseil ; à plusieurs reprises, il fut chargé de présenter aux assemblées générales de l'Association des rapports qui furent unanimement appréciés. Le bureau de l'Association, auquel j'ai l'honneur d'appartenir, m'a chargé d'exprimer, ici, le vif chagrin que lui inspire la perte d'un

collègue aussi laborieux et aussi sympathique à tous égards.

Une autre Association de prévoyance, plus modeste, mais non moins efficace dans le cercle limité de son action, lui doit plus de reconnaissance encore ; il était, depuis longtemps, le trésorier de l'Association des médecins aliénistes, et le zèle apporté par lui dans l'administration des biens de cette société a beaucoup contribué à assurer sa prospérité financière ; elle sent que son absence fera un grand vide dans son conseil d'administration.

Les travaux que je viens d'énumérer brièvement, auraient largement suffi, Messieurs, pour remplir une vie des mieux employées; et cependant ils ne constituaient qu'une faible partie des occupations multiples, pour ainsi dire universelles, à chacune desquelles M. Lunier réussissait à consacrer une part souvent notable de son temps.

Bien d'autres pourraient venir, ici, vous dire combien était grande la tâche qu'il parvenait à accomplir dans maintes sociétés s'occupant de médecine, de sciences diverses, d'administration ou d'autres sujets ; dans toutes, il était un membre toujours actif et rempli d'initiative.

Tous s'accorderaient pour rendre, avec moi, un témoignage ému du zèle sans limites qu'il apportait à l'accomplissement des innombrables devoirs qu'il s'était volontairement imposés dans l'intérêt du bien public.

Tous ceux qui, à des titres bien divers, ont été ses collègues, conserveront, de sa collaboration, le souvenir le plus reconnaissant et le plus affectueux.

Discours de M. Motet, au nom de la Société de Tempérance.

MESSIEURS,

Etait-ce bien à moi qu'il appartenait de prendre la parole au bord de cette tombe? — Il n'eût pas manqué d'hommes dont la haute situation eût donné à ces derniers adieux un caractère plus solennel que je ne le saurais faire. Mais personne, j'ai presque le droit de le dire, n'eût apporté ici des regrets plus profonds, une douleur plus vive. C'est que, depuis des années, je n'en sais plus le nombre, je

vivais dans une intimité douce avec Lunier. Il m'avait accueilli d'abord avec la bienveillance d'un aîné qui aplanit pour le plus jeune les difficultés de la route, puis il m'avait honoré de son amitié; et, suivant tous les deux la même voie, nous avions marché côte à côte, la main dans la main, si souvent ensemble qu'il ne me semblait pas possible que nous fussions un jour séparés. Et pourtant, ce jour est venu ; la mort cruelle, par un coup aussi brutal qu'imprévu, brise des liens dont je mesure l'étreinte à l'âpre douleur qui me saisit. Pardonnez à mon amitié de vous parler d'elle, tous ceux qui ont vécu près de Lunier comprendront et excuseront cette satisfaction suprême qu'il m'est permis de rechercher encore.

Au nom de la Société française de tempérance, je viens apporter ici le pieux hommage de nos regrets, de notre reconnaissance. Au lendemain de nos malheurs, Lunier eut l'idée de grouper autour de lui les hommes qu'effrayait la marche envahissante de l'alcoolisme. Il pensa qu'il était possible, sinon d'arrêter le fléau, du moins d'en atténuer les ravages; et, avec une énergie qui ne s'est par démentie un seul jour, il fonda notre Société. Il la fit du premier coup si solide, si puissante, qu'elle alla grandissant d'année en année, répandant de tous côtés sa bienfaisante influence, acceptée partout, bientôt reconnue d'utilité publique. Dès le début, il en fut le secrétaire général, et nous l'avons maintenu toujours à ce poste de combat et d'honneur, n'imaginant pas qu'un autre fût plus digne que lui de le garder. Avec une activité toujours nouvelle, jamais lassée, il soutenait notre Société, il la stimulait, lui apportant à chaque séance du Conseil des adhésions nombreuses, des témoignages de sympathie, des travaux venus de l'étranger, comme de toutes les régions de la France. Lui-même, prêchant d'exemple, commençait et menait à bonne fin ses recherches sur la consommation des alcools, sur les rapports entre l'ivrognerie, la folie, la criminalité. Tous ces problèmes, il les abordait avec un esprit sûr, il les discutait avec une compétence supérieure. Il avait pris dans ses fonctions de médecin en chef, directeur d'asiles, d'inspecteur général des établissements de bienfaisance et des établissements d'aliénés, l'habitude de rapprocher les chiffres, et de demander à la statistique des enseignements qu'il savait rendre féconds. A chaque page de notre bul-

letin, vous retrouveriez son nom, nul plus que lui n'a contribué à en accroître l'importance. Il en recueillait, il en mettait en ordre les matériaux, il présidait à sa composition, il surveillait tous les détails. Et, tenant dans ses mains tous les rouages d'une Société qui compte plus de deux mille membres, il en était l'âme, il en était la vie. — N'est-ce pas la vérité, mon cher Robyns, vous, son collaborateur si dévoué, rappelé hier de la Belgique où vous l'attendiez pour travailler encore avec lui, pour soutenir dignement le renom de la Société française de tempérance qu'il aimait tant !

Elle était bien son œuvre. Il s'était donné à elle tout entier. Et comme une idée généreuse devient un puissant mobile d'action, il avait les ardeurs d'un apôtre, il voulait porter partout la bonne parole. A Bruxelles, à Paris, à Londres, à Copenhague, il était au premier rang, soutenu toujours par un zèle dans lequel il entrait, pour me servir du langage de l'un de nos plus illustres présidents, le regretté M. Dumas, « autant de patriotisme pratique que d'amour de l'humanité. »

Ici-bas, il a reçu déjà sa récompense ; il a vu venir à lui tout ce que notre pays compte d'illustrations dans les sciences économique, politique, physique, médicale ; et rappeler les noms de nos présidents passés et présents, Hippolyte Passy, Renouard, Dumas, Laboulaye, Barth, Bouillaud, Frédéric Passy, Bergeron, Duverger, c'est faire autour du nom de Lunier comme une auréole de gloire, c'est projeter sur l'avenir les lueurs de nos légitimes espérances. Une œuvre soutenue par de tels concours ne saurait périr ; nous acceptons de vous, Lunier, cet héritage et nous saurons le garder. « Au nom de la famille, de la Patrie, nous continuerons à faire appel aux lumières de la science, aux dévouements de la charité, et à la prévoyance de la raison d'Etat, pour éloigner de notre pays bien-aimé, des misères morales qui ont eu leur part dans ses malheurs passés, et qui pourraient amener sa ruine. »

Nous nous inspirerons de votre pensée, et de ce mot profond de Pascal : « Une des plus solides et des plus utiles charités envers les morts est de faire les choses qu'ils nous ordonneraient s'ils étaient encore au monde. » Ce sera la manière la meilleure de vous témoigner notre respectueuse

affection, la plus digne en même temps d'honorer votre mémoire.

Vous nous léguez tout un passé de dévouement et d'honneur ; nous le recueillons avec un sentiment de piété profonde. Dormez en paix votre dernier sommeil, Lunier ! Que nos larmes, nos regrets disent à l'épouse qui vous pleure à ces enfants d'adoption pour lesquels votre cœur avait de si paternelles tendresses, que nous aussi nous sommes cruellement frappés. Mais, nous sommes fiers de vous avoir eu à notre tête, nous saluons une dernière fois l'homme de bien, le savant, le patriote, l'ami, dont le souvenir reste à jamais au fond de nos cœurs désolés.

Adieu, Lunier, adieu.

Discours de M. Ritti, au nom de la Société Médico-psychologique.

MESSIEURS,

C'est au nom de la Société médico-psychologique que je prends la parole au bord de cette tombe pour dire un dernier adieu à celui qui fut un de ses présidents, un de ses membres les plus actifs et les plus distingués.

M. Lunier, que la nature avait doué de facultés brillantes, eut le bonheur de trouver dans sa famille même des exemples et des enseignements qui contribuèrent puissamment à leur rapide développement. Sous la direction de son oncle, notre vénéré maître M. Baillarger, il aborda, dès qu'il fut parvenu à l'internat des hôpitaux, l'étude de la médecine mentale. Est-il besoin d'ajouter que, sous un tel enseignant, ses progrès durent être rapides ? Nous n'en voulons pour preuve que son excellente thèse de doctorat sur la paralysie générale, document important que ne peuvent manquer de consulter ceux qui écrivent l'histoire de cette terrible maladie.

Ce travail qui dénote des connaissances cliniques approfondies, une collaboration active aux *Annales médico-psychologiques*, désignaient notre regretté collègue pour le service des aliénés alors en formation. Successivement nommé médecin de l'asile de Niort et directeur médecin en chef de celui de Blois, il montra dans ces divers postes

des qualités peu communes de clinicien et d'administrateur, cultivant la science, se livrant à des recherches anthropologiques, consacrant ses efforts et son temps à l'amélioration des malheureux confiés à ses soins.

Appelé en 1864 aux hautes fonctions d'inspecteur général du service des aliénés, il put donner un nouvel essor à sa grande activité. Esprit vif et ouvert, s'assimilant aisément les connaissances les plus diverses, il appliqua l'expérience acquise dans l'observation des malades, aux grandes questions sociales que soulève le problème de la folie. Assistance publique des aliénés, législations les concernant, influence des grandes commotions politiques sur le développement des maladies mentales, rôle que jouent les boissons alcooliques dans la production de la folie et du suicide : tels sont les points les plus importants qu'il a abordés. Partout on trouve appliqué l'esprit analytique dans toute sa rigueur; la statistique n'est pas entre ses mains une science ardue ni spécieuse ; il ne croit pas à la vertu absolue de ses chiffres et de ses tableaux, ils ne sont pour lui que des matériaux, des documents, servant à éclairer les phénomènes sociaux et pouvant conduire à la découverte des lois qui les régissent.

Dans cette œuvre scientifique si riche et si variée, nous devons mentionner spécialement ce *Rapport général sur le service des aliénés*, que M. Lunier publia en collaboration avec ses collègues de l'inspection générale, MM. Dumesnil et Constans. Ce livre considérable est bien l'histoire la plus complète qu'on ait écrite sur le passé et sur le présent de cette question si difficile et si délicate de l'Assistance publique des aliénés. On y peut suivre les transformations successives qu'a subies le régime de ces malheureux depuis l'époque où, assimilés à des criminels, ils étaient enchaînés comme des bêtes fauves, jusqu'à nos jours; ils nous montrent les résultats heureux de la réforme humanitaire de Pinel, ceux si féconds de la loi du 30 juin 1838. S'ils signalent avec une légitime fierté les progrès accomplis, ils n'hésitent pas, avec une haute indépendance, à indiquer les améliorations et les perfectionnements que leur expérience leur a montrés désirables. En présence de si grandes infortunes, la société a le devoir d'intervenir; et cette intervention doit être aussi large que bienfaisante. C'est là l'opinion des auteurs du Rapport général, et ils

l'ont admirablement résumée dans cette phrase : « Les « armées en campagne ont des ambulances, parce qu'elles « savent bien qu'elles auront des blessés ; que la société « fasse donc comme les armées, et plus encore, car sa « campagne, à elle, durera autant qu'elle-même ; qu'elle « ne marchande pas les ambulances, qu'elle ne craigne « pas de les multiplier ou de les faire plus vastes, pour « y panser les blessés du progrès ; si ce n'est un droit pour « ceux-ci, c'est au moins un devoir pour ceux que la lutte « n'a pas brisés, et qui, restés sains et saufs, jouissent du « triomphe. »

Ces travaux si nombreux et d'une portée si élevée valurent à Lunier la récompense qu'il ambitionnait le plus ; il fut nommé membre de l'Académie de médecine en mai 1883. Mais le jour du triomphe n'était pas pour lui le commencement du repos. Le travail était sa vie, et grâce à sa prodigieuse activité, il arrivait à suffire à des tâches multiples. Mais il consacrait le meilleur de son temps aux œuvres de bienfaisance et de mutualité, honneur de notre corporation, prouvant ainsi que pour lui le devoir social n'était pas un vain mot.

L'aménité de son caractère, les services qu'il avait rendus à notre Compagnie, lui avaient gagné l'affection de tous ses collègues ; tout nous permettait de penser qu'il resterait encore pendant de longues années au milieu de nous, prenant part à nos discussions ou suivant avec intérêt nos travaux. Quelle n'a pas été notre stupéfaction en apprenant presque en même temps sa maladie et sa mort !

Mais quelque grands que soient nos regrets, que sont-ils auprès du désespoir des siens ? Puissent ces adieux suprêmes, hommage de notre profonde sympathie, porter quelque consolation à cette famille si unie qui pleure son chef ! Puissent-ils être un adoucissement à la douleur du maître bien-aimé qui a vu disparaître en peu d'années ces deux fils adoptifs, qui aimaient à entourer leur père, leur bienfaiteur, de leur affectueuse vénération !

Adieu, Lunier, adieu, cher collègue, adieu.

Discours de M. Cheysson, ancien président de la Société de Statistique, au nom de cette Société.

MESSIEURS.

L'homme éminent, qu'une mort prématurée vient d'enlever à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis, a marqué profondément son empreinte dans plusieurs directions. On vient de vous dire les services qu'il a rendus à la science médicale et à l'administration. C'est à moi qu'incombe l'honorable mais douloureux devoir de vous parler du statisticien et de lui rendre un dernier hommage au nom de la Société de statistique.

Attiré par ses fonctions, comme par son ardeur pour la vérité et le bien public, vers ces épineux problèmes qui touchent à la raison et à la liberté humaines, le Dr Lunier sentit de bonne heure le besoin de s'appuyer sur le fait, sur l'observation, c'est-à-dire de recourir à la statistique. Elle fut dans sa main un instrument de recherche et d'administration. Il ne la cultiva pas uniquement pour elle-même; mais il la consulta pour éclairer sa marche et asseoir ses conclusions. S'il est devenu statisticien, c'est afin de mieux remplir son rôle d'économiste, d'hygiéniste et d'administrateur.

Dès 1853, à une époque où l'on parlait peu de statistique graphique, il la mettait déjà en œuvre pour ses *Recherches sur les aliénés des Deux-Sèvres*, avec cartes à teintes dégradées. Plus tard, en 1869, comme rapporteur d'une commission nommée par le Congrès aliéniste international d'août 1867, il dénonçait l'insuffisance des renseignements dont on disposait pour l'étude des maladies mentales, et traçait de main de maître les cadres et les formules, qui, adoptés depuis lors, ont amené la publication de nos belles statistiques actuelles de l'aliénation.

Quand les sources officielles lui faisaient défaut, il y suppléait par des enquêtes personnelles, conduites avec autant de persévérance que de sagacité.

C'est ainsi qu'il a procédé pour l'étude de la folie et du crétinisme en Suisse, et surtout pour ses travaux, aujour-

d'hui classiques, sur l'alcoolisme. Tableaux, cartes et texte, tout concourt à porter la conviction chez le lecteur par l'abondance, la netteté et la coordination méthodique des preuves.

Ces travaux l'appelaient naturellement à faire partie de la Société de statistique. Il y entra presque au lendemain de la fondation de cette Société, en 1866, et ne tarda pas à y prendre une place considérable, qui remplira longtemps nos souvenirs et dont témoigneront encore après nous nos annales, quand tous nous serons allés le rejoindre au sein de l'éternel repos.

Assidu à nos séances, il les animait par son intervention toujours heureuse et autorisée. Bien qu'il eût particulièrement approfondi les questions relatives à l'aliénation mentale, aux prisons et à l'alcoolisme, où il n'avait pas de rival, aucun sujet administratif ou économique ne lui était étranger. Sur tous, il avait des vues justes et personnelles. Sa profonde expérience administrative, ses fonctions, ses études, sa connaissance des hommes et des choses, lui avaient constitué comme un réservoir inépuisable d'observations exactes et ingénieuses, dont nous faisions notre profit. Il intervenait dans la plupart de nos discussions, les ramenait, si elles s'égaraient, les réveillait, si elles sommeillaient. Il trouvait toujours le mot à dire, et le disait avec tact, avec simplicité, avec bonne humeur. Il était la vie et l'entrain de nos séances. Que vont-elles devenir maintenant, privées de son aimable et intelligente participation ?

L'importance de son rôle, l'autorité qu'il avait conquise parmi nous, les sympathies unanimes dont il était entouré, tout le désignait à nos suffrages pour diriger nos travaux en qualité de président.

Sa présidence a eu lieu en 1878 et a ainsi coïncidé avec la dernière Exposition universelle. Cette coïncidence rendait la tâche particulièrement difficile, mais le Dr Lunier sut se montrer à la hauteur de toutes les exigences de la situation. Non seulement, il régla la part brillante que notre Société prit à l'exposition ; mais encore il organisa et présida les conférences internationales de statistique, dont le succès a été dû en grande partie à l'autorité, à l'influence et à la courtoisie du président. La Société ne pouvait être en meilleures mains pour se présenter devant les savants étrangers, qui n'ont certainement pas oublié son accueil

cordial, ses réceptions hospitalières, et s'associeront au deuil de sa famille et de ses amis.

En quittant au bout d'un an ce fauteuil, qu'il avait si dignement occupé (puisque nos statuts n'admettent qu'une présidence annuelle), le Dr Lunier est du moins resté membre de notre conseil et de nos commissions principales. Ses avis, marqués au coin de la sagesse et toujours écoutés, ont efficacement contribué au développement de la société, j'en atteste ici mes collègues du conseil, dont je suis l'organe, et en particulier, le secrétaire général, M. Loua, et le trésorier, M. Robyns, qui, depuis de si longues années, étaient les collaborateurs et les amis de notre regretté collègue.

Ce qui donnait à sa parole un ascendant incontesté sur nos résolutions, c'était la rare expérience qu'il avait acquise pour l'organisation, le mécanisme et le jeu des sociétés savantes.

Mieux que personne, en effet, notre ami était l'homme des sociétés savantes. Il en avait compris la portée actuelle, et surtout pressenti le brillant avenir. Il les entrevoyait à l'état d'une puissante fédération, qui grouperait toutes les branches de l'esprit humain.

Pour donner corps à cette idée, il fallait faire sortir de terre le *Palais des sociétés savantes*, vaste ruche où toutes ces abeilles prépareraient leur miel côte à côte, en renonçant, non à leur indépendance, mais à leur isolement, aussi fâcheux pour elles-mêmes que pour la science et le pays.

Elaboré au sein de la réunion des secrétaires généraux, dont il était l'âme, ce projet était devenu dans ces derniers temps une de ses préoccupations dominantes. Il y avait mis toute son ardeur et toutes les ressources de son esprit. Président du comité d'exécution, il avait eu la joie de trouver une solution pratique, et m'annonçait, il y a peu de jours, qu'il touchait enfin au succès. Hélas! il ne verra pas la réalisation de cette œuvre, si habilement et si laborieusement préparée. Il a semé, et la mort l'emporte avant la moisson. Mais l'idée qu'il a lancée est trop juste pour s'arrêter en route. Elle survivra à son auteur, et quand ce palais s'élèvera, matérialisant aux yeux de tous la synthèse et la grandeur des sociétés savantes, elles devront inscrire à une place d'honneur le nom du Dr Lunier, qui les a aimées, s'est dévoué à leur cause, et par ses travaux a préparé leur groupement et leur essor.

Toujours sur la brèche, il s'occupait de la future exposition de 1889, où il aurait eu, comme partout, à rendre des services distingués. La mort ne le lui a pas permis et l'a terrassé en pleine vigueur, alors qu'il semblait avoir encore devant lui de longues et fructueuses années à parcourir.

Quoique brusquement interrompue, sa vie a été honorable et bien remplie. Indulgent à tous, il n'a eu qu'un ennemi, pour lequel il s'est montré implacable: l'alcoolisme; il a aimé, il a pratiqué le bien, et n'a servi que de nobles causes.

Quant à l'homme privé, il était digne de tous les respects et de toutes les sympathies, conciliant, affable, bienveillant, modéré, équilibré, il avait un commerce plein de charme, et son amitié était aussi douce qu'elle était solide.

Adieu, cher et bien-aimé collègue! Heureusement tout ne finit pas à cette tombe. Tes œuvres te survivent et te suivent. Ton souvenir restera ineffaçable dans nos cœurs et dans les traditions de la Société de statistique, au nom de laquelle je t'adresse, avec une émotion que j'ai peine à maîtriser, notre suprême adieu!

Enfin, M. DUREAU vient prononcer quelques paroles d'adieu, au nom de la Société d'anthropologie, dont M. Lunier était membre titulaire depuis 1865.

Pour les articles non signés :

Paris.— Imprimerie de G. ROUGIER et Cie, r. Cassette, 1.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

LE CONGRÈS DE PHRÉNIATRIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE, TENU A ANVERS DU 7 AU 9 SEPTEMBRE 1885.

Recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés. — Relations entre la criminalité et la folie. — Du droit de requête des aliénés devant les tribunaux civils. — Sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux. — La paralysie générale chez les femmes hystériques. — Les paralysies par inconscience. — Un cas de double existence. — Recherches sur le mécanisme du fonctionnement des centres nerveux. — Effets thérapeutiques de l'électricité statique. — Rôle de l'excitation maniaque dans le développement des psychopathies. — Excursion à Gheel.

Notre siècle est décidément le siècle des congrès; il ne se passe pas d'année qu'il ne s'en réunisse quelques-uns, et bientôt chaque grande ville d'Europe aura eu le sien. Cette année, c'est la Belgique qui est privilégiée. L'exposition d'Anvers, qui a si merveilleusement réussi, a été l'occasion d'un certain nombre de réunions scientifiques, parmi lesquelles je ne signalerai que celle qui intéresse directement les lecteurs des *Annales*, le Congrès de phré-

niatrie et de psychopathologie, tenu à Anvers du 7 au 9 septembre 1885.

C'est la Société de médecine mentale de Belgique qui a pris l'initiative de ce congrès, auquel elle donnait modestement le nom de *réunion extraordinaire*, tout en y conviant cordialement les aliénistes des autres pays.

Son appel a été entendu ; les adhésions ont été nombreuses, et, le 7 septembre, à la séance d'ouverture, nous pûmes constater qu'un très grand nombre de médecins étrangers étaient venus se joindre à leurs confrères de Belgique.

Avec mon excellent confrère, M. le Dr Garnier, j'avais l'honneur d'y représenter la Société médico-psychologique ; d'autres médecins français étaient également présents : MM. les Drs Magnan de Sainte-Anne; Rey, de Ville-Evrard; Deny, médecin de Bicêtre; Albert Giraud, médecin directeur de l'asile de Fains; Picard, directeur de la Malgrange, à Nancy. Nous eûmes le regret de n'y pas voir M. l'inspecteur général Foville, qui avait promis son concours, et, pendant le congrès même, nous eûmes la douleur d'apprendre la mort, si regrettable et si inattendue, d'un autre membre adhérent, le Dr Lunier. L'Autriche était représentée par M. le professeur Benedikt, de Vienne; l'Allemagne, par M. Brosius, de Bendorf, et Freusberg, de Sarreguemines. MM. Ramaer et Van Andel étaient venus de Hollande, M. W. Steenberg, de Copenhague; enfin les médecins anglais et écossais étaient nombreux, et à leur tête se trouvait notre infatigable confrère, M. Hake Tuke. M. Mierzejewsky représentait la Russie. Plusieurs médecins italiens avaient annoncé leur arrivée; aucun d'eux cependant n'a pu venir, et nous avons été privés des communications qu'ils avaient promises.

La séance d'inauguration eut lieu le lundi matin, 7 septembre, à 10 heures, dans une des salles de l'hôtel de ville, gracieusement mise à la disposition du Congrès par

la municipalité d'Anvers. M. le Dr Victor Desguin, président du comité d'organisation, présenta les membres du congrès au bourguemestre et aux échevins d'Anvers, et dans une courte allocution, exposa le but et le programme de nos travaux. Le bourguemestre, M. de Waehl, répondit de la façon la plus cordiale en nous souhaitant à tous la bienvenue ; puis le Congrès se constitua.

Sur la proposition de M. Ramaer, l'assemblée décida par acclamation que le bureau provisoire deviendrait le bureau définitif, il demeura donc constitué par

MM. V. Desguin, président;
Lentz, vice-président;
Ingels, sécrétaire général;
Cuylits et J. Morel, secrétaires.

M. Oudart, inspecteur général des asiles d'aliénés de Belgique, resta président d'honneur. Il représentait le gouvernement qui avait accordé son haut patronage. Furent également nommés présidents d'honneur MM. Brosius (Allemagne), Hake Tuke et James Sames (Angleterre), Benedikt (Autriche), W. Steenberg (Danemark), Christian (France), Ramaer (Hollande), Mierzejewsky (Russie).

Les travaux du Congrès devaient être de deux sortes : outre les communications individuelles laissées à l'initiative de chaque membre, il y avait à l'ordre du jour deux questions qui, discutées préalablement par la Société de médecine mentale de Belgique, avaient été chacune l'objet d'un rapport spécial. Ce rapport, imprimé et distribué avant l'ouverture du Congrès, avait permis à chacun de se préparer à la discussion.

La première de ces questions était la *Recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés;* elle avait fait l'objet d'un rapport de M. le professeur [...]bvre, de Louvain. Ce rapport, la Société de médecine

mentale belge l'avait fait sien, car elle en avait unanimement adopté les conclusions.

« Une statistique internationale bien faite, écrit M. Lefebvre, fournirait des matériaux précieux pour élucider « le problème des rapports de la folie avec la civilisation. » Cette proposition ne pouvait rencontrer aucun contradicteur; elle est tellement vraie, que déjà les congrès antérieurs, et notamment ceux de 1867 et de 1878, en avaient senti tous les avantages, et avaient essayé d'arriver à une solution pratique. Malheureusement, dès que l'on aborde le vif de la question, les difficultés surgissent en foule. Et d'abord, l'enquête portera-t-elle sur tous les aliénés existant dans le pays, ou seulement sur ceux enfermés dans les asiles? Evidemment une enquête complète, générale, serait préférable. Mais est-il possible d'obtenir des renseignements exacts sur les aliénés vivant en liberté, dans leurs familles? Tous les orateurs qui ont pris part à la discussion ont dû reconnaître qu'il serait chimérique d'espérer à cet égard quelque chose de précis. Dans certains pays, à l'occasion du recensement de la population, on a plusieurs fois essayé de faire cette statistique : un seul fait cité par M. Oudart, montre l'inanité de la tentative. Au dernier recensement, fait en Belgique, l'administration avait voulu faire le relevé exact des aliénés vivant en liberté. Or, dans la rue qu'habite M. Oudart, il connaît pertinemment trois familles, ayant chacune un aliéné : aucun des trois n'avait été porté sur les listes; il a pu s'en assurer en compulsant les tableaux du recensement.

Il est donc évident que, de ce côté, on se heurte à des difficultés insurmontables, et le congrès a sagement décidé que l'enquête se bornerait, — au moins provisoirement, — aux aliénés renfermés dans les asiles, les seuls sur lesquels il soit possible d'avoir des renseignements certains.

Ce premier point décidé, comment classera-t-on les aliénés? Ici nouvelle difficulté, car les classifications son

nombreuses, et aucune n'est universellement adoptée. M. Guttstadt, attaché au bureau de statistique de Berlin, a présenté des tableaux statistiques d'une grande simplicité. On y trouve d'abord les catégories sur lesquelles tout le monde est d'accord : idiotie, crétinisme, paralysie générale, hystéro-épilepsie. Les divergences ne commencent qu'à l'occasion des psychoses proprement dites, manie, mélancolie, délires partiels, etc. Toutes ces variétés, qui ont du moins le caractère commun, de ne s'accompagner d'aucune lésion organique constante ou même évidente, sont rangées, provisoirement, dans un seul groupe, la *folie simple*.

Cette simplification me semble constituer un véritable progrès, et permettre d'arriver à quelque résultat pratique.

Mais la statistique ne saurait s'arrêter à cette simple nomenclature ; elle veut rechercher les *causes*, la *durée*, le *mode de terminaison* des maladies mentales. Et c'est là qu'apparaissent des difficultés que je regarde comme insurmontables. Admettons que nous puissions être renseignés aussi exactement que possible sur les *causes* de la maladie, — et nous savons si c'est chose facile, — nous nous trouverons généralement en présence de plusieurs causes, d'ordre divers, ayant chacune exercé sa part d'influence, et parmi lesquelles il faudra opter. Chacun choisira suivant sa propre disposition d'esprit, suivant sa manière d'envisager le problème. Un exemple entre mille : un homme fait une chute sur la tête, reste évanoui ; au bout de quelques jours il paraît remis, retourne à ses affaires. Un an après, il perd son fils unique, devient mélancolique, et finit par la paralysie générale. Est-ce la chute sur la tête, cause physique, — est-ce le chagrin, cause morale, — qu'il faudra invoquer ? Je ne vois pas, quant à moi, comment il sera possible de sortir de cette impasse.

Quant à la *durée*, est-il vraiment possible de dire quand commence une maladie mentale, quand elle finit ?

Ce sont là, à mon sens, autant d'impossibilités inhérentes au sujet, et de nature à frapper de stérilité tous les efforts. J'ai développé ce thème au cours de la discussion, et en ce faisant, je ne disais rien de neuf, rien qui n'eût déjà été dit antérieurement; mais aussi je ne pouvais rencontrer de contradicteurs, ces difficultés n'ayant échappé à personne. Seulement, comme M. Lefebvre me le fit observer dans sa réponse, les mêmes causes d'incertitude existent, à un degré variable, pour toute espèce de maladies, et cependant elles n'empêchent pas les recherches statistiques. Pour la folie, le problème est plus complexe; s'ensuit-il qu'il ne faille rien tenter?

Finalement le Congrès décida qu'une commission internationale serait nommée, qu'elle aurait pour mission de tracer un programme, en le simplifiant le plus possible, — et qu'elle recueillerait, dans les différents pays, les documents statistiques d'après un plan uniforme. Cette commission a été composée : 1° du bureau de la Société de médecine mentale belge ; 2° d'un membre pris dans chaque pays, auquel seraient adjoints deux délégués respectivement désignés par les différentes sociétés de psychiâtrie. C'est ainsi que, malgré mon peu de foi, j'ai eu l'honneur d'être nommé par le Congrès membre de la commission internationale de statistique ; puisse-t-elle, plus heureuse que ses aînées, aboutir à quelque résultat pratique !

La seconde question du programme avait pour objet les *Relations entre la criminalité et la folie.* M. le Dr Semal, de Mons, avait fait le rapport. Mais, comme le président avait eu soin de le dire dans un discours d'ouverture, ce rapport n'engageait que son auteur ; c'était une œuvre personnelle, qui n'avait pu être l'objet d'aucune délibération au sein de la Société de médecine mentale belge. Touchant aux doctrines philosophiques les plus controversées sur la liberté et la responsabilité humaines, la question traitée

par M. Semal pouvait facilement donner lieu aux discussions les plus passionnées, et ces discussions eussent été infailliblement stériles. « Mais, ajoutait M. Desguin, quoi « qu'il en soit des doctrines auxquelles on se rallie, un fait « reste incontestable, c'est que la folie conduit souvent au « crime, et que le crime est souvent une manifestation de « la folie ; en un mot, que le crime et la folie ont des at- « taches fréquentes..... S'il est avéré que des signes « physiques et moraux bien caractérisés décèlent souvent « l'aliéné avant même que se soient manifestées les pre- « mières perturbations mentales, — et personne ne doute « qu'il en soit ainsi, — n'est-ce pas un devoir de recher- « cher si des stigmates semblables ne se rencontrent pas « chez les délinquants et les criminels ? Une enquête s'im- « pose donc parallèlement dans les asiles et dans les pri- « sons. »

Posée dans ces termes, la proposition ne pouvait soulever aucune contradiction, et tous les orateurs, qui ont pris successivement la parole, — réservant de la manière la plus expresse la question de la *responsabilité*, — ont accentué la nécessité et l'utilité de cette enquête. C'est qu'en effet, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons faire qu'une chose, recueillir des documents ; nous devons nous appliquer à les recueillir aussi complets et aussi précis que possible. Plus tard, dans un avenir plus ou moins éloigné, nous pourrons rapprocher et comparer les matériaux ainsi recueillis, et peut-être arriverons-nous à formuler des lois. Ce que seront ces lois, nous ne le savons pas, et nous n'avons pas à nous en inquiéter. Nous n'avons en vue que la vérité, et, quelle qu'elle soit, la vérité ne saurait être dangereuse.

Ces considérations, que M. Desguin avait exposées dans un langage très élevé, M. Semal les fit valoir également dans le cours de la discussion, dont, en sa qualité de rapporteur, il supporta vaillamment tout le poids. Enfin

M. Benedikt les développa dans une communication, fréquemment applaudie, qui tint l'assemblée sous le charme, mais qu'il serait difficile de résumer en quelques lignes. Je me bornerai à dire que M. Benedikt fait jouer un rôle considérable à ce qu'il appelle la *neurasthénie;* la psychologie des criminels serait subordonnée à l'existence de cette neurasthénie, qui, à ses yeux, constitue une véritable diathèse, et qui serait le terrain neutre sur lequel peuvent également évoluer la folie et le crime. Prenant successivement les différentes formes de la criminalité, M. Benedikt montre les rapports qu'elles ont avec la neurasthénie, et il part de là pour établir une classification des criminels. Il conclut en disant que désormais il faudra, au point de vue social, remplacer la notion de culpabilité et de répression par celle de nocuité et de préservation, et il croit qu'il serait très utile d'établir dans les prisons des *cliniques de médecine criminaliste.* Cette proposition a été transformée en vœu par le Congrès.

Quelques orateurs sont encore intervenus dans le débat, notamment MM. Warren, Warnots, Van Andel, qui a fait une profession de foi franchement spiritualiste, — et la discussion a été close par la résolution suivante, adoptée à l'unanimité :

« En présence des faits d'ordre anatomique, physiolo-
« gique et clinique, qui démontrent l'utilité de recherches
« à faire sur les différentes catégories de délinquants,

« Le Congrès émet le vœu :

« 1° Que les pouvoirs publics continuent à favoriser
« l'enquête entreprise sous les auspices de la Société de
« médecine mentale de Belgique ;

« 2° Qu'une commission, où seront représentés en
« nombre égal les magistrats, les médecins, et l'adminis-
« tration supérieure des prisons, soit chargée d'organiser
« cette enquête, qui devra s'étendre : *a*) aux prévenus
« soupçonnés d'aliénation mentale ; *b*) à tout individu

« ayant commis, en état de folie reconnue, un crime quel-
« conque ; *c*) aux grands criminels ; *d*) aux criminels deve-
« nus aliénés depuis leur détention. »

Il est inutile de faire ressortir l'importance d'une enquête ainsi conçue : elle permettra de recueillir de précieux documents, et il serait à souhaiter qu'elle pût être faite également dans les autres pays. La Société de médecine mentale belge a pris une initiative dont on ne saurait trop la féliciter.

La discussion des rapports de MM. Lefebvre et Semal occupa les séances du matin (mardi et mercredi) ; celles du soir (lundi et mardi) furent consacrées aux communications individuelles. Les lecteurs des *Annales* y liront avec plaisir le travail de M. Foville « *sur le droit de requête des « aliénés devant les tribunaux civils* », avec un parallèle très intéressant entre la législation belge et la législation française. En l'absence de M. Foville, lecture de ce mémoire a été faite par M. A. Giraud. — Les *Annales* publieront également la note que j'ai lue « *sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux* », ainsi que la communication de M. Rey « *sur la paralysie générale chez les femmes hystériques* ».

De M. Garnier nous avons entendu un très attachant rapport médico-légal sur une femme inculpée de vol, morphiomane, et chez laquelle il vit survenir des attaques hystéro-maniaques, par le fait de la suppression de la dose habituelle du poison.

M. le professeur Verriest, de Louvain, a fait deux communications, l'une *sur les paralysies par inconscience*, l'autre sur une malade atteinte de *double existence*. Il s'agit d'une jeune fille hystérique présentant les phénomènes *d'alternance de la personnalité*, et rappelant la malade dont Azam publia l'observation il y a déjà quelques années. M. Verriest nous fit voir la jeune fille, qui, sous nos yeux,

passa successivement par les différentes périodes d'existence *première* et d'existence *seconde*. Je crois même que chez cette hystérique on observe un état *troisième ;* je craindrais de confondre ces différents états, si j'essayais de les décrire. Je fus frappé surtout de l'extrême facilité avec laquelle notre honorable confrère pouvait, en un temps très court, faire passer la malade par toutes les phases qu'il nous décrivait.

Quant aux *Paralysies par inconscience,* elles rentrent dans les cas déjà décrits par Duchenne (de Boulogne) : le malade tient un objet à la main ; dès qu'il cesse de regarder l'objet, il le laisse tomber, la main devient inerte.

M. Verriest a observé plusieurs faits de ce genre, principalement chez des hystériques, présentant des troubles variés de la sensibilité, et il a essayé d'en donner une explication fort ingénieuse.

M. Marique, de Bruxelles, a exposé, d'une façon brillante, les *recherches* qu'il vient de faire sur le *mécanisme du fonctionnement des centres nerveux*. Sa conclusion est que les centres psycho-moteurs du cerveau fonctionnent comme les centres nerveux de la moelle épinière, et qu'un mécanisme purement réflexe préside aux uns et aux autres. Mais, ce qui prouve combien cette question des centres psycho-moteurs reste controversée, c'est que la thèse de M. Marique fut aussitôt attaquée par M. Benedikt, qui se montra fort surpris d'entendre encore parler de centres psycho-moteurs cérébraux dans une assemblée scientifique. « Ces centres, dit-il, n'existent pas ; et Hitzig lui-même « n'accepte pas les déductions que l'on a tirées de ses tra« vaux. » Incidemment il fut parlé des suppléances cérébrales, et M. Giraud relata le cas très curieux d'un aliéné dont il avait fait l'autopsie à Quatremares, dans le service de M. Foville. Cet aliéné se faisait remarquer par sa loquacité : cependant la troisième circonvolution frontale gauche était détruite. On apprit alors qu'à une époque antérieure,

le malade avait été frappé d'aphasie, qui ne s'était dissipée que graduellement : preuve que la troisième circonvolution droite était arrivée peu à peu à suppléer celle qui avait disparu à gauche.

Pour être complet, il me reste à signaler encore : la lecture, faite le premier jour, par M. Benedikt, « *sur les effet, thérapeutiques de l'électricité statique* », qui serait, d'après lui, un puissant modificateur de la circulation intra-crânienne. Il s'explique de cette façon l'effet favorable qu'il en a obtenu dans le traitement des troubles auriculaires si fréquents, si pénibles et si tenaces, dans un grand nombre d'affections du système nerveux.

Celle de M. Closet (de Liège) « *sur le rôle que joue l'excitation maniaque dans le développement de la plupart des psychopathies* ».

Celle de M. le professeur Boddaert (de Gand) relatant des expériences très ingénieuses faites pour expliquer le mécanisme du ramollissement cérébral ;

Celle enfin de M. Brosius, vantant les bons effets de l'alcool, sous forme de vin et de bière, — dans le traitement des maladies mentales.

La rapide énumération que je viens de faire, montre combien les travaux du Congrès ont été variés et nombreux. Aussi les séances furent-elles très suivies et pleines d'intérêt. Quand le président eut déclaré la session close, le professeur Benedikt lui adressa, ainsi qu'aux membres du bureau, les paroles de remercîment que nous avions tous sur les lèvres, pour la réception absolument courtoise et amicale qui nous avait été faite en Belgique. Les sentiments de reconnaissant souvenir, que nous emportions d'Anvers, j'eus à les exprimer au banquet qui nous réunit une dernière fois. Ma tâche était facile : je pus dire que, si mes confrères de France et moi-même, nous avions été reçus avec tant de cordialité et de distinction, nous devions

en rapporter l'hommage à la Société médico-psychologique que nous avions l'honneur de représenter. J'ajoutai que, si, à l'occasion de l'Exposition projetée pour 1889, un nouveau Congrès devait se réunir à Paris, notre espoir était d'y voir nos confrères belges. Pour les recevoir dignement, nous n'aurions qu'à suivre l'exemple qu'ils venaient de nous donner si gracieusement.

Le Congrès d'Anvers, qui nous laissait à tous de si bons souvenirs, devait avoir un épilogue. Il était entendu qu'à partir du jeudi 10 septembre, on pourrait faire des excursions dans les différents établissements d'aliénés de la Belgique : le personnel médical et administratif s'était mis à l'entière disposition des membres du Congrès.

Je choisis Gheel. Le jeudi matin une quinzaine d'entre nous, parmi lesquels MM. Giraud, Rey, Hake Tuke, Benedikt, etc., montaient en chemin de fer, en compagnie de M. l'inspecteur général Oudart, et de notre sympathique confrère M. le Dr Peeters, médecin inspecteur de la colonie de Gheel.

M. Oudart nous avait fait, le premier jour, une communication *sur la colonisation des aliénés,* dont à dessein je n'ai pas parlé plus tôt, lui trouvant sa place tout indiquée ici. M. Oudart est un partisan convaincu de Gheel et du système de colonisation des aliénés; il lui reconnaît un grand nombre d'avantages : économie considérable sur le prix de journée, qui est de 14 centimes au-dessous du plus bas prix des asiles fermés; — bien-être des malades, qui vivent en liberté, et conservent les habitudes de leur vie antérieure, etc. Il estime que, sur les 7,500 aliénés indigents séquestrés dans les asiles belges, le tiers au moins, c'est-à-dire plus de 2.000, pourrait être placé dans des colonies semblables à Gheel, qui en renferme actuellement plus de 1,700.

Au reste, le gouvernement belge paraît entrer dans cette voie, et sur l'initiative de M. Oudart, il a décidé la création d'une nouvelle colonie à Lierneux; elle contient déjà 57 aliénés, et les premiers résultats paraissent des plus satisfaisants.

Gheel est situé en pays flamand : mœurs, genre de vie, langage, alimentation, tout est flamand. Combien doivent se trouver dépaysés et malheureux les aliénés des provinces Wallonnes, quand on les transfère dans ce milieu si différent de celui dans lequel ils ont été élevés! C'est pour remédier à cet inconvénient que Lierneux a été choisi en pays wallon, et je ne doute pas que l'expérience ne réussisse. De quoi s'agit-il en effet? De faire des habitants de Lierneux des nourriciers comme à Gheel, des *infirmiers laïques.* Pourquoi n'y arriverait-on pas? Gheel a derrière lui une tradition et des habitudes de douze siècles; mais il a aussi l'expérience acquise, et les progrès seront plus faciles et plus rapides, maintenant qu'ils sont scientifiquement dirigés par une élite de médecins.

Notre visite était annoncée; les médecins de Gheel, joints à l'administration communale, nous attendaient à la gare et nous avaient préparé une réception magnifique. Nous pûmes voir les aliénés chez leurs nourriciers : ils vivent de la vie de ceux-ci, partagent leurs repas, leurs travaux, leurs plaisirs, et j'ajouterai leurs privations ; ils font partie de la famille. Il me paraît évident que ce régime ne saurait convenir qu'aux aliénés qui, dans nos asiles fermés, peuvent être occupés, soit aux travaux agricoles, soit dans les différents ateliers: leur travail permet au nourricier de se contenter de la faible indemnité que l'Etat lui alloue. Ce sont donc les aliénés chroniques, les imbéciles, les déments, qui constituent le fonds de la population de Gheel. Les paralytiques, les épileptiques, les aliénés dangereux à un titre quelconque ne sauraient, à mon avis, y trouver place qu'exceptionnellement.

Il y a aussi à Gheel un certain nombre de pensionnaires appartenant à la classe aisée et même à la classe riche; on n'a pas manqué de nous montrer l'appartement du prince polonais X..., celui d'un jeune Anglais opulent, etc. — Nous avons pu constater que ces malades sont logés d'une façon très confortable, — et sans doute suivant leur goût, — puisqu'ils y vivent depuis des années.

Ce qui offre encore un grand intérêt, c'est l'infirmerie, qui n'est en somme qu'un petit asile, construit sur le plan de l'hospice Guislain de Gand. Cette infirmerie nous a frappés par sa bonne tenue, par l'exquise propreté qui y règne. Elle remplit un double but : on y met en observation les aliénés qui arrivent; on y traite les maladies incidentes; on y garde ceux qui ont besoin momentanément d'une surveillance spéciale, lorsque, par exemple, ils sont pris d'un accès d'agitation.

Pourquoi ne dirai-je pas toute ma pensée? En allant à Gheel, je n'étais pas sans conserver contre cette institution une certaine méfiance; et tout ce que j'avais lu et entendu raconter ne m'avait pas entièrement convaincu. Je suis revenu persuadé que le système familial peut donner d'excellents résultats, — pourvu qu'on ne lui demande que ce qu'il peut donner. Du reste, l'expérience est faite : les accidents, les suicides, les évasions, les actes de violence, ne sont pas plus fréquents que dans nos asiles fermés (1). Ne faut-il pas admettre d'ailleurs qu'il y a plusieurs manières de traiter les aliénés? J'ai eu la bonne fortune de faire à Anvers la connaissance d'un de nos éminents confrères écossais, placé à la tête d'un asile à *portes ouvertes*. Il me raconta que son asile possède un terrain de cinq milles d'étendue, avec droit de chasse, et que la propriété

---

(1) *Gheel et le Patronage familial*, *Lettres médicales*, par le Dr J. A. Peeters, Bruxelles, 1883.

Voir aussi le Rapport de M. J. Falret, in *Ann. méd. psychol.* 1858.

est traversée par une rivière, avec droit de pêche sur une longueur de deux milles ; ce sont les aliénés qui vont à la pêche et à la chasse. C'est plus qu'on n'en demande à Gheel.

Pour en revenir à celui-ci, je crois que les résultats seront d'autant meilleurs, que l'on donnera au médecin plus d'initiative et le droit d'intervenir plus directement; car, c'est en définitive au médecin seul que doivent appartenir la direction des aliénés et la surveillance des nourriciers.

Serait-il possible d'établir en France une colonie semblable à celle de Gheel? C'est une question que l'on peut se poser, mais que je n'ai pas à discuter ici. Ma tâche est plus simple et plus facile. En rendant compte aux lecteurs des *Annales* des travaux du Congrès d'Anvers, j'ai voulu leur montrer combien ces travaux ont été variés, combien ils dénotent chez la Société de médecine mentale belge de vitalité scientifique. Ce que je pourrais dire plus difficilement, ce qui précisément a été le grand charme de cette réunion scientifique, c'est l'accueil qui nous a été fait. En ouvrant le Congrès, le Président nous avait dit : « Nous « tâcherons de ne pas faire mentir l'antique renom d'hos- « pitalité de la cité anversoise, nous vous tendons des mains « amies... » Tous ceux qui sont allés à Anvers répondront que cette promesse a été tenue, et qu'on ne saurait être reçu plus courtoisement et plus amicalement que nous ne l'avons été. C'est là pour moi le meilleur souvenir que j'aie rapporté du Congrès, un souvenir dont la trace ne saurait s'effacer.

J. Christian.

Pathologie

LE CARACTÈRE DANS LES MALADIES

Par M. le Docteur AZAM
Professeur à la faculté de médecine de Bordeaux,
Correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société médico-psychologique de Paris, etc, etc.

Mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des des sciences (Session de Grenoble).

Tout le monde se comprend, quand on dit de quelqu'un : il a bon ou mauvais caractère, il est doux, vif, violent, sournois, etc. etc. ; de plus, tout médecin se préoccupe des changements de caractère et dans quelques circonstances que je dirai plus loin, ces variations ont une importance considérable.

Ces modifications font le sujet de cette note.

Je n'ai la pensée d'étudier ici que les variations du caractère chez les malades sains d'esprit ; chez les aliénés, en effet, le caractère, comme les autres manifestations intellectuelles, subit des troubles considérables ; mais ces troubles font partie de leur maladie mentale ; les étudier à fond serait sortir de mon sujet ; de plus, je ferai en sorte de ne m'occuper que du caractère proprement dit, cette précaution ne

sera pas inutile ; car la transition du caractère à la moralité, est, pour ainsi dire, insensible. — Un exemple me fera mieux comprendre : un homme est hargneux, susceptible, emporté, ce premier degré de la méchanceté ne devient-il pas facilement de la violence ou de la férocité, lesquelles sont bien près du crime ? De même la bonté n'est-elle pas le commencement de la vertu ?

Cela dit, j'entre en matière ;

Je donnerai la première place à certains états physiologiques qui, sans être des maladies, sont des états accidentels en dehors ou à côté de la vie ordinaire ; telles sont les périodes menstruelles, la grossesse, l'exercice des fonctions de reproduction et la digestion, même normale.

Il n'est pas besoin d'être médecin pour avoir remarqué les modifications qu'éprouve le caractère chez les femmes à l'époque de leurs règles. Dès leur première apparition, au moment où elle devient nubile, la jeune fille éprouve comme un sentiment indéfinissable de tristesse et d'inquiétude, elle devient rêveuse et facilement irritable ; plus tard, lorsque la fonction sera définitivement établie, même dans la plus parfaite santé, son caractère se modifie d'une façon sensible pendant l'époque, un peu avant et un peu après elle est plus irritable, plus violente et plus disposée à se laisser entraîner par une impulsion quelconque, plutôt dans le sens de la tristesse que dans celui de la gaîté.

Vienne une grossesse, et l'on voit chez le plus grand nombre d'entre elles, le caractère se modifier d'une manière complète, la femme devient plus sérieuse, souvent triste, elle se préoccupe plus facilement et, pour peu qu'elle soit légère ou frivole d'ordinaire, on voit se modifier ces tendances. — Il semble que cette fonction, la plus considérable que la femme ait à remplir, lui inspire, sans qu'elle en ait conscience, une forme de caractère en rapport avec la grandeur des devoirs de la maternité.

Cette maternité elle-même devient l'origine de modifications transitoires du caractère qui frappent tous les yeux; la femme la plus faible, la plus timide à l'état ordinaire, voit surgir en elle, pour la défense de ses enfants, une force étrange de caractère : telle mère se précipite au milieu des flammes, toutes bravent avec insouciance et courage les maladies les plus contagieuses; les plus vives se font douces et patientes pour leurs enfants; la Reine, la paysanne, la femme civilisée comme la femme sauvage, toutes sont égales devant la maternité.

Si chez la femme la fonction de la reproduction a une influence non douteuse sur le caractère, cette fonction modifie aussi le caractère de l'homme, mais dans un sens différent. Tout le monde sait qu'à l'époque du rut le caractère des animaux (et soit dit en passant les animaux ont un caractère) se modifie du tout au tout; qu'ils soient domestiques ou sauvages, l'influence existe, elle ne varie que dans la quantité. Inutile de citer des exemples, ils viennent à l'esprit de chacun. — Il en est de même chez l'homme, seulement cette modification varie avec l'état de civilisation. Chez le sauvage, le rut humain est accompagné de violences qui tournent aisément à la férocité; chez le civilisé, ces violences sont sans doute atténuées, mais les annales des cours d'assises sont remplies des drames de l'amour et de la jalousie, où le revolver remplace le casse-tête et qui ne prouvent que trop quelles modifications le sens génital peut apporter dans le caractère. — Il faut bien reconnaître que si de la Reine à la paysanne toutes les femmes sont sœurs en maternité, du sauvage au civilisé, devant le sens génital, tous les hommes sont frères.

Je ne ferai que rappeler les variations de caractère qui accompagnent l'exercice normal de la digestion ; elles sont connues de tous : l'homme qui a dîné voit autrement les choses que celui qui a faim ; et l'aménité de caractère se rencontre surtout chez ceux dont l'estomac n'a pas de be-

soins ; mais je n'insiste pas, j'ai hâte d'arriver au sujet de ce travail, le caractère dans les maladies proprement dites.

Je ferai d'abord une remarque générale.

L'égalité d'humeur et l'intégrité du caractère sont inconciliables avec toute préoccupation constante ; or, il n'est pas de souci comparable à celui qui a pour objet un état de santé.

Tout malade atteint d'une maladie chronique quelconque, voit son humeur s'aigrir et son caractère s'altérer. Il en est de même pour des états pathologiques de longue durée qui condamnent au repos et qui, exempts de douleur, ne sauraient préoccuper les malades au point de vue de la terminaison, — je veux parler des maladies des membres inférieurs, des fractures de jambe ou de cuisse, par exemple ; — il est bien rare qu'après les huit à dix premiers jours d'un repos forcé, le caractère des patients ne s'aigrisse pas, il en est qui sont véritablement insupportables, il peut même arriver que le trouble du caractère persiste et devienne permanent : un simple accident aura été la cause non douteuse d'une modification intellectuelle importante.

Voici deux observations que je dois à l'obligeance de M. le Dr Descourtis, médecin-adjoint de la maison de santé d'Ivry, dont on connaît les beaux travaux sur des questions du même ordre.

Observation I.

Troubles cérébraux; changement de caractère; impulsions à la suite d'un traumatisme de la jambe.

L..., âgé de quarante-cinq ans, chef de culture, était fort, robuste, d'une excellente santé habituelle, et ne présentait aucun antécédent pathologique, héréditaire ou personnel. Il était travailleur et rangé, et ne faisait aucun excès alcoo-

lique. — Au mois de septembre 1881, il fut victime d'un accident de voiture : il fut précipité à terre, et les roues du véhicule passèrent sur sa jambe gauche. Il eut alors une fracture compliquée des deux os de la jambe, et resta plusieurs mois au lit, avant que la plaie extérieure fût guérie et que la consolidation de la fracture fût complète. Dans cette situation, il s'affaiblit beaucoup, et il parut opportun de lui donner des stimulants et des toniques de toutes sortes (quinquina, quassia amara, fer, etc.) Peu à peu il put marcher avec une canne, mais il avait perdu le sommeil, et, pendant la journée, il était sombre, taciturne, il éprouvait des impulsions bizarres. Subitement, il avait l'idée d'éventrer sa femme, sa fille, ou la première personne venue. Il l'avouait en pleurant, et s'en montrait désolé, lui qui était si doux à l'ordinaire et d'un caractère si accommodant. Mais c'était surtout contre M. de M..., son protecteur et son ami, qu'il ressentait les plus violentes impulsions. Il le suppliait de ne pas se mettre à sa portée, parce que, dès qu'il le voyait, il était tenté de commettre un crime. Du reste, il n'éprouvait ce besoin de tuer que vis-à-vis des personnes qu'il affectionnait le plus. — Les mêmes impulsions ont persisté très longtemps, puis nous avons perdu le malade de vue. — Quant à l'origine de ce trouble mental particulier, il faut la chercher exclusivement dans l'accident : c'est l'avis de toutes les personnes qui ont entouré de près le malade. Le mécanisme du phénomène est plus difficile à définir. Il faut seulement remarquer que L..., avait fait un séjour de plusieurs mois au lit, dans le décubitus horizontal ; qu'il était très anémié ; que les impulsions ne se sont montrées que lorsqu'il a commencé à marcher ; enfin qu'elles ne survenaient que pendant la journée, et, le plus souvent, après les repas, quand il était debout. Il est donc permis de supposer que l'ischémie cérébrale jouait un certain rôle dans la production du phénomène morbide.

Observation II.

Troubles cérébraux; changement de caractère à la suite d'un traumatisme de la cuisse.

M. P..., âgé de cinquante et un ans, notaire, avait toujours joui d'une bonne santé et menait une existence très active. Il était d'un caractère gai, toujours prêt à rendre service. Ses affaires avaient prospéré, rien ne devait le contrarier, et il se montrait en effet d'une humeur toujours égale. — Tout alla bien jusqu'au mois de novembre 1878. Visitant alors une maison qu'il faisait construire, il tomba si malheureusement qu'il se fractura la cuisse gauche. L'un des fragments, taillé en biseau, vint même perforer les tissus et faire saillie à la surface de la peau. Cette fracture fut longue à se consolider, tant à cause du genre même de la fracture, que de la déchirure des tissus qui l'avait accompagnée. — Le malade resta plusieurs mois au lit, et, lorsqu'il put marcher, il constata un raccourcissement très marqué de son membre inférieur, une grande faiblesse, et fut contraint, pendant longtemps, à marcher avec des béquilles, puis avec une canne. — A partir du jour où il recommença à marcher, on s'aperçut que son caractère était totalement changé. De gai, rempli d'entrain qu'il était, il parut triste, morose, toujours préoccupé. Il ne dormait presque pas, avait des bourdonnements d'oreilles presque continuels: sa tête se congestionnait par intervalles; il avait des vertiges et craignait de perdre connaissance. Ses occupations du notariat le fatiguaient, et il fut obligé de céder son étude. Il était devenu craintif, presque timide; trouvait que ses affaires marchaient mal, qu'il était menacé de la misère. En même temps il était exigeant avec sa famile, susceptible, s'emportait sans motif, et ne donnait prise à aucun raisonnement. — Mais

c'était sa santé qui le préoccupait surtout. Il comprenait qu'il n'était plus maître de lui, ni dans ses pensées ni dans ses actes, et avait peur de devenir fou. Il vint à Paris, consulta plusieurs sommités médicales, essaya de divers traitements, fréquenta les stations thermales, les bains de mer, et sans résultat favorable. C'est ainsi qu'il a vécu depuis plusieurs années, et son état ne s'est pas modifié d'une manière sensible. — Il semble évident que l'accident qui lui est arrivé est le point de départ de tous les troubles psychiques qui peuvent se caractériser ainsi : tristesse, abattement, craintes, appréhensions non justifiées; caractère susceptible, emporté, violent; idées hypocondriaques; dégoût de la vie; troubles circulatoires encéphaliques.

On peut remarquer le caractère sombre des cancéreux, la tristesse des phthisiques et leur irritabilité. Je sais qu'il est beaucoup de ces derniers, moins cependant qu'on ne le croit, qui conservent sur la terminaison de leur maladie des illusions étranges, surtout dans les formes torpides et peu douloureuses; mais la généralité de ces infortunés a le caractère morose. — Il est probable que les douleurs qui rappellent de temps en temps au malade l'existence de son mal, sont pour beaucoup dans les variations de son caractère; car les affections chroniques non douloureuses, comme le diabète ou l'albuminurie, laissent à ceux qui en sont atteints, leur insouciance ou leur gaîté.

Il est peut-être logique de rapprocher des maladies chroniques les infirmités. Est-ce le sentiment de leur infirmité, est-ce toute autre cause, les infirmes n'ont pas le caractère de tout le monde; la malice des bossus est proverbiale; on dit : *méchant comme un bossu*; les boiteux sont souvent peu tolérants. Les infirmités acquises ou congénitales troublent aussi le caractère, ainsi les sourds perdent leur gaîté, l'isolement relatif où ils se trouvent en est certainement la cause; et il n'est personne qui n'ait

remarqué l'aspect bestial de la physionomie des sourds-muets, lesquels, du reste, ont le plus souvent mauvais caractère.

L'ébranlement de la substance cérébrale causé par un traumatisme violent provoque des changements de caractère qui ont quelquefois une grande importance.

Le traumatisme peut être une contusion, une commotion ou une fracture du crâne, suite de coups ou de chutes — rien que de naturel à cela. — L'altération, moléculaire amenée par l'ébranlement, dans un organe aussi mou que le cerveau, agit sur le siège profond de toutes les fonctions de cet organe : pourquoi n'agirait-elle pas sur le caractère qui n'est que l'expression de quelques fonctions intellectuelles?

J'ai publié, il y a quatre ans, un travail *sur les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes du cerveau*, je vais reproduire quelque-uns des faits que j'ai cités.

De plus, dans des leçons récentes, un aliéniste éminent, M. *Legrand du Saulle*, a insisté sur ces troubles, auprès de ses élèves de la Salpêtrière.

Voici ces faits :

En 1880, j'ai étudié à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. *Péan*, un malade sur lequel ce chirurgien a bien voulu attirer mon attention. — Ce jeune homme avait reçu en 1870 une balle qui lui avait fracturé le crâne et dont les fragments avec des esquilles étaient restés pendant neuf ans dans le cerveau. L'extraction de ces corps étrangers a nécessité l'opération du trépan, — or, pendant ces neuf années, de doux et patient qu'il était avant sa blessure, il était devenu susceptible et turbulent à l'excès, un rien le fâchait Au moment où je l'ai étudié, il était opéré depuis vingt jours et me disait qu'il avait la parfaite conscience que son caractère se modifiait en bien et revenait ou était revenu à son ancien état. Pour plus de précision, je lui ai posé la question suivante : — Si on vous avait donné un soufflet avant votre blessure et aujourd'hui, ou pendant les neuf ans

qu a duré votre maladie, qu'auriez vous fait? — « Au-
« jourd'hui comme avant, je le rendrais, m'a-t-il répondu,
« mais non sans avoir un peu réfléchi; pendant lès neuf
« années, je l'aurais rendu sans aucune réflexion. »

J'ai vu dans le service de *Broca* un enfant de treize ans qui avait eu une fracture du crâne, c'était avant son accident l'un des élèves les plus doux et les plus disciplinés de sa classe; après sa blessure et sa guérison, il est devenu malicieux et emporté, et son indiscipline passe toute mesure.

Un ancien malade du service de M. Tillaux, victime de l'accident du chemin de fer de l'Ouest de février 1880, et qui était resté quatre jours sans connaissance, a vu, après sa guérison et pendant deux mois, son caractère autrefois vif et bon devenir irritable, soupçonneux, insupportable et impatient.

Je crois donc qu'il est permis d'affirmer qu'un traumatisme cérébral peut amener dans le caractère des modifications profondes — mais ces altérations ne sont que transitoires.

Le caractère ayant comme facteurs principaux des éléments psychiques qui sont l'intelligence, la volonté et la sensibilité, il est naturel que les troubles de l'esprit aient sur lui une influence considérable. — Je n'ai pas la pensée de traiter à fond, dans ces lignes, la question de ces troubles, car ils sont la folie elle-même, et je serais entraîné trop loin. Je ferai seulement quelques réflexions générales que j'emprunte pour la plupart à une communication qu'a bien voulu me faire un des meilleurs élèves d'Esquirol, M. Desmaisons; sa longue et considérable pratique leur donne un grand poids.

Je cite textuellemeut :

« Le signe, qui dans le cours d'une affection mentale
« frappe le plus vivement l'attention de tous et le plus
« douloureusement le cœur des parents et des amis d'un

« aliéné, c'est la modification parfois lente et parfois subite « qui s'opère sous leurs yeux, dès le début, dans le carac- « tère du malade. Il peut suivre encore un raisonnement. « Il peut réussir à déjouer, par la ruse, la surveillance de « ceux qui l'entourent, et l'on voit chez lui des emporte- « ments excessifs, des écarts de conduite, l'oubli des de- « voirs, avec une tendance au vol que rien n'explique, des « débauches crapuleuses, une facilité singulière à se laisser « duper et capter, tout témoigne du coup porté au carac- « tère de celui qui, jusqu'à ce moment, avait montré une « volonté ferme, le respect des convenances et une âme « bien trempée. »

Plus loin :

« L'obsession de l'idée délirante donne au caractère une « teinte en harmonie avec la forme du trouble intellectuel, « — les mélancoliques, les persécutés, les érotiques, les « paralysés généraux, ont, chacun dans leur sphère, « des phénomènes morbides qui masquent leur caractère « primitif, mais dans tous les cas l'égoïsme reste l'unique « mobile de leurs actions; ainsi chez le paralysé général, « malgré le délire ambitieux et le penchant à répandre des « largesses, la générosité du caractère n'est qu'apparente « et n'existe qu'en paroles — elle ne résiste pas devant le « partage d'un gâteau. »

J'ajouterai que chez les aliénés, le caractère se modifie aussi en ce qui touche les sentiments affectifs; tel fou bon autrefois pour ceux qui l'entourent, les prend en grippe ou en haine, de là le grand danger de leur voisinage. Il préfère à son père, à sa femme, à ses enfants un inconnu et se range volontiers du côté des indifférents ou de ceux pour lesquels, quand il avait sa raison, il avait un éloignement ou une aversion cent fois justifiés.

M. Desmaisons ajoute des remarques d'une grande finesse d'analyse, je les cite textuellement :

« L'examen du caractère de l'aliéné à la période de con- » valescence et après la guérison est d'un grand intérêt

» pratique et scientifique. J'ai observé que dans les folies
» intermittentes, l'intelligence se retrouve plus nette dans
» les premiers jours de la période de lucidité et qu'en
» même temps, le caractère est plus rassis, plus conciliant.
» Le médecin en profitera pour obtenir des consentements,
» des accords d'autant plus utiles que le retour de l'accès
» est prévu et que l'intervalle lucide ne tardera pas à
» prendre fin. »

Plus loin :

« Si les accès sont très éloignés les uns des autres, on
» peut espérer, du moins pour l'âge mûr, que le caractère
» n'éprouvera pas d'atteinte sensible. Mais quand les accès
» se rapprochent, la démence termine l'épreuve, surtout
» si l'âge vient y ajouter son poids. Aussi ce n'est pas sans
» motifs que l'opinion générale montre de la défiance à
» l'égard des individus ayant été aliénés. Il ne faut pas
» compter davantage sur le caractère des gens qui sont
» prédisposés à cette triste maladie, leur existence n'est le
» plus souvent qu'un tissu d'actes bizarres dont ils sont
» inconscients, en outre, ils sont incorrigibles. Je devrais
» dire incurables. »

A côté de ces remarques générales sur les troubles du caractère chez les aliénés, je crois devoir donner une place à part aux perversions qu'on observe comme prodromes chez les paralysés généraux.

Il n'est pas de médecin auquel une femme ou des enfants douloureusement émus ne soient venus dire : « Nous ne
» savons pas ce que cela veut dire, mon mari ou notre
» père qui avait toujours eu un excellent caractère, se
» fâche et s'emporte pour rien; lui, si raisonnable autrefois,
» ne peut souffrir ni contrariété, ni contradiction. Il se
» met pour des niaiseries dans des colères épouvantables.
» En un mot, on ne le reconnaît plus. » Tel est à peu près le langage qu'un médecin qui a quelque pratique a entendu bien souvent.

Si l'esprit éveillé par ces paroles, le médecin procède à un interrogatoire souvent fort délicat ou à une sorte d'enquête secrète, il apprend que le mari, le père dont le caractère s'est si fort modifié, a des goûts singuliers. Sa moralité, grande autrefois, a baissé de beaucoup. Il triche volontiers au jeu; ne comprend plus le sentiment de l'honneur ; est pris de perversions du sens génital qui lui donnent des goûts crapuleux et ignobles. En même temps ses aptitudes génésiques ont diminué, bien qu'il soit dans la force de l'âge. — Le médecin apprend aussi qu'il s'est surmené intellectuellement, ou d'une façon quelconque; à la chasse ou pendant qu'il était militaire, il a fait quelque terrible chute qui l'a laissé longtemps sans connaissance. Il apprend aussi qu'il compte des paralytiques généraux dans sa famille. Rien de plus clair, ce malheureux va devenir paralysé général et bientôt vous verrez survenir et les idées de grandeur et les troubles moteurs qui rendent évidente la terrible maladie. — Le premier avertissement, le prodrome a été — quelquefois deux ans avant l'apparition de la première idée de grandeur — la perversion du caractère.

Voici au sujet de ces prodromes l'opinion de *Lunier*, dont on sait la haute autorité et dont la science déplore la perte récente : parlant des prodromes chez les sujets prédisposés, il dit de leur caractère :

» Chez eux les impressions sont vives, mais de peu durée,
» verbeux, téméraires, brusques, irascibles, ne doutant de
» rien, entreprenants, volontaires et en même temps vétil-
» leux et peu tenaces dans leurs desseins. Ils ont en
» général le travail facile, mais s'y livrent avec difficulté...
» Ils s'adonnent souvent à des excès que l'on considère
» plus tard comme la cause de la maladie qui les menace
» et qui n'en sont que des symptômes..... Gais, spirituels,
» très sensibles et d'une société facile, ils se livrent au
» travail avec trop d'ardeur et se passionnent pour une

» idée ou pour un sujet qui touchent peu une intelligence » bien équilibrée. »

Le sagace observateur dont je cite les paroles fait remarquer que l'on rencontre particulièrement ces prodromes chez les gens de lettres, les poètes, les artistes.

Ce que je viens de dire des variations de caractère comme prodromes de la paralysie générale peut s'appliquer dans une certaine mesure aux folies proprement dites, surtout aux folies dépressives. Cependant j'ai hâte de le dire, les perversions de caractère n'ont pas ici la même certitude comme prodromes ; on les constate, mais c'est surtout après que la maladie a éclaté qu'on se souvient qu'elles l'ont annoncée.

En effet, la plupart des maniaques et tous les hypochondriaques ont vu leur caractère s'altérer au moins six mois avant l'explosion de la vésanie. Le plus souvent le mode d'altération est la bizarrerie. Ils ajoutent de l'importance à des choses qui n'en ont point, raisonnent à côté du vrai, et, s'ils doivent devenir hypocondriaques, se préoccupent sans mesure de l'avenir et sont les plus exagérés des pessimistes.

Si l'expression *caractère fantasque* n'existait pas, il faudrait l'inventer pour désigner le caractère des hystériques. Quel est le médecin qui n'a pas été frappé du caractère singulier des gens trop nerveux, particulièrement des femmes lesquelles, pour la plupart, s'enorgueillissent de cette misère, elles passent du rire aux larmes avec une étrange facilité. Tantôt sombres, tantôt trop gaies, loquaces ou taciturnes, — elles sont, ou très bonnes ou très méchantes, dures ou trop sensibles ; on ne sait pourquoi, elles ne le savent pas elles-mêmes ; on dirait que la froide raison n'est pas faite pour elles, et la femme nerveuse qui ira volontiers voir condamner à mort ou guillotiner, sera le lendemain sublime de dévouement auprès d'un cholérique ou d'un blessé.

S'il en est ainsi pour la plupart des femmes chez les

quelles la névrose hystérique existe a des degrés peu accusés, on rencontre les perversions du caractère à un degré bien plus marqué chez les malheureuses dont la maladie est très développée. Qu'on se renseigne auprès de M. Charcot, de ses élèves, et surtout des surveillantes de la Salpêtrière, et l'on sera bientôt édifié sur le caractère de ses fameux sujets. On saura bientôt que ces jeunes femmes qui s'hypnotisent toutes seules, à l'idée qu'on va les endormir, sont entre les visites les plus insupportables, les plus exigeantes et les plus tracassières des malades. — Quand nous passons devant elles, pendant le service, elles ressemblent à tout le monde ; mais, la visite finie, le naturel reprend le dessus et le fantasque et la fantaisie dirigent de nouveau tous leurs actes. — Toutes les hystériques se distinguent par une finesse, une rouerie et un goût pour le mensonge qui n'ont d'égaux que le désir d'attirer l'attention et de faire parler d'elles.

Combien de prétendus miracles sont dus à cette singulière perversion!

Chez Félida X..., dont j'ai autrefois publié l'histoire et qui était un exemple de double conscience et de dédoublement de la personnalité, les variations du caractère étaient très remarquables. — A l'état normal ou dans sa condition première, Félida était réservée, triste, sombre, presque farouche et parlant à peine, elle semblait toujours plongée dans d'amères réflexions. — Dans sa condition seconde et dès la fin du petit sommeil qui constituait la période de transition, son visage s'illuminait de gaieté, sa réserve extrême avait disparu, et elle devenait avenante et rieuse. Rien de plus frappant que ce contraste. Peu à peu, avec les années, cette différence a disparu et la tristesse a pris le dessus.

Il en était de même chez un jeune garçon qui présentait un état analogue et dont j'ai aussi publié l'histoire.

Les faits de cet ordre sont trop peu nombreux pour

qu'on puisse établir une règle. Mais il est probable que dans tous les cas de dédoublement de la personnalité, les variations du caractère jouent un très grand rôle; c'est une étude à continuer.

Tel n'est pas le caractère des épileptiques. Il est toujours triste, sombre et méchant. Victime d'impulsions souvent terribles, l'épileptique a le plus souvent conscience et de sa maladie et du danger qu'il fait courir à ceux qui l'entourent, c'est là une des raisons de sa tristesse. Il est des familles dans lesquelles on reconnaît très bien l'apparition prochaine de l'accès, chez un parent, à la seule modification de son caractère. Le malheureux toujours triste devient sombre, indifférent à tous ceux qui l'entourent, il est comme absorbé par ses méditations.

Je ne parle pas ici des perversions de caractère qui proviennent directement de l'impulsion morbide; alors l'épileptique, ordinairement malicieux ou méchant, devient féroce; on leur doit les crimes les plus épouvantables et les moins raisonnés, mais alors ils sont comme fous, ils ne savent pas ce qu'ils font. Or, nous ne nous occupons ici que du caractère des malades raisonnables.

Chez les névralgiques et les névropathes, les altérations du caractère sont la règle; de gais et confiants, ils deviennent après peu de temps, tristes, méfiants et sournois, ils sont susceptibles et craintifs et font souvent le malheur de ceux qui vivent avec eux. — Tout Bordeaux a suivi récemment le convoi d'un homme de bien, respecté de tous, et dont tous connaissaient la bonté et l'aménité de caractère; eh bien! dans les dernières années de sa vie, victime d'une névralgie faciale implacable, il était devenu sombre et difficile à vivre, les amis de sa jeunesse ne le reconnaissaient plus. Je sais un névropathe dont la raison est parfaite, et qui gère sa fortune et ses affaires avec intelligence, il est tourmenté par des idées chimériques de maladies possibles, et d'accidents imprévus; or, dès l'origine

de cette sorte de trouble intellectuel, sa famille a vu son caractère s'aigrir, il est devenu violent et égoïste et l'effroi qu'il inspire à ceux qui l'entourent par le récit des prétendus malheurs qui le menacent, accroît encore sa névropathie ; voyant qu'on s'occupe de lui, il ne saurait penser à autre chose.

Quel est le médecin qui n'a pas vu des cas semblables! — Ceux dont je parle ne sont pas des fous, loin de là, le deviendront-ils?... C'est probable, ils sont sur ce large terrain intermédiaire entre la raison et la folie, où nous voyons, autour de nous, s'agiter tant de gens, et qui, par l'indécision de ses limites, est pour la médecine légale l'objet d'une légitime sollicitude.

Il est des éléments virulents et toxiques qui ont sur le caractère une action particulière; au premier rang, le virus de la rage. Tous ceux qui ont vu des enragés, ont pu remarquer que dans la période qui précède les grands accès, lesquels ont le caractère de la folie, les malades les plus doux, deviennent méchants jusqu'à la férocité ; ils en ont du reste conscience, car, comme le chien qui, dans cette période, fuit son maître et ne le mord jamais, l'enragé se débat, se défend, contre l'impulsion qui l'entraîne à se jeter sur ceux qui l'entourent ; en un mot, il a la parfaite conscience de la modification de son caractère.

Avoir le vin bon, *avoir le vin mauvais*, sont des expressions connues ; tel homme d'un excellent caractère, voit s'exagérer ou disparaître cette disposition ; je ferai cependant observer que l'ivresse du vin est généralement gaie ; on connaît la jovialité de l'ivrogne.

S'il en est ainsi du vin, il n'en est pas de même des autres boissons fermentées; les eaux-de-vie de grain, de pommes de terre, de riz, l'arrack, la bière et autres alcooliques du Nord et de l'Orient, donnent, le plus souvent, l'ivresse méchante ou féroce, et, en fin de compte, l'abrutissement.

D'autres substances qui n'amènent pas l'ivresse propre-

ment dite, mais des états analogues, comme l'opium, le haschich, la belladone, le datura, etc., etc., modifient aussi le caractère, mais plutôt dans le sens de la dépression et de la tristesse. L'excitation factice qu'elles provoquent, lorsqu'elle est souvent répétée, amène un affaissement physique et moral, bien connu des voyageurs qui ont visité l'Orient.

Certaines maladies du cœur, entre autres la terrible névrose qu'on nomme l'angine de poitrine, ont une action sur le caractère; l'angoisse précordiale que ressent le malade, alors même que, par ailleurs sa santé est parfaite, est la cause d'un trouble moral profond ; il lui semble qu'il va mourir ; les idées les plus sinistres traversent son esprit et, longtemps après, son caractère est triste et morose, la distraction seule fait disparaître ce trouble qui ne tarde pas de reparaître avec l'accès suivant, quel que soit d'ailleurs le peu d'importance de celui-ci.

Sans aller jusqu'à dire comme le vulgaire: « Un homme qui a un bon estomac a une bonne conscience », il faut reconnaître que les troubles de la digestion provoquent des idées tristes; les dyspeptiques sont généralement sombres, leur caractère est très irritable, et pour peu que leur maladie soit intense, ils deviennent insupportables à leur entourage.

Il en est de même de la constipation, l'humeur noire est le lot des constipés et *se faire de la bile*, être *atrabilaire*, sont des expressions du langage courant et vulgaire.

Bien qu'on puisse dire, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure, que tout trouble fonctionnel provoque des variations dans le caractère, il est de ces troubles qui paraissent avoir une plus grande action que d'autres ; ce sont ceux de la fonction urinaire. Rendre son urine est une fonction dont l'exercice est si fréquent que son trouble accumule les soucis et les tristesses dans l'esprit des patients ; nul n'est plus sombre, plus préoccupé, plus irascible que l'homme qui urine mal. Tous les chirurgiens qui

ont guéri des rétrécissements de l'urèthre ont été les témoins du retour à la sérénité de leurs malades qui, pendant des mois ou des années, avaient vu leur caractère s'aigrir ou s'assombrir sans mesure, leur raison et leur bon sens toujours entiers leur reprochaient leurs emportements, mais ils ne pouvaient se soustraire à ces impulsions.

Est-il possible de localiser le caractère, en d'autres termes, une région quelconque du cerveau paraît-elle être le lieu d'origine de ce phénomène intellectuel?...

M. Luys, dont on sait les beaux travaux et la grande autorité, le croit.

Voici ce qu'il m'écrit à ce sujet : « Je pense que, dans » une certaine mesure, *ce qu'on appelle le caractère* est » indépendant des fonctions purement intellectuelles. »

Je ferai remarquer, en passant, que cette idée s'accorde parfaitement avec l'analyse psychologique.

« Le caractère est un facteur autonome, indépendant » de l'ensemble des facultés et dont le substratum orga- » nique me paraît résider dans les régions spéciales de la » base qui reçoivent les irradiations cérébelleuses. C'est » l'innervation cérébelleuse qui donne à nos mouvements » la continuité et l'énergie (les lésions cérébelleuses sont » caractérisées par un affaiblissement de la force motrice. » — Les malades ne peuvent pas faire effort, serrer avec » leurs mains). — De là, comme conséquence, cette notion » inconsciente que nous avons de notre force donne à la » volonté un tonus spécial qui fait que, suivant les cas, » nous nous sentons forts ou faibles, suivant aussi que la » tension nerveuse des régions de la base est à un degré » plus ou moins énergique. — C'est donc une force vive, » active et inconsciente, irradiée du cervelet, qui donne » à nos opérations physiques la lenteur ou l'énergie dont » elles sont douées. »

Plus loin :

« Une lésion du corps strié, une compression qui neu-

» tralise la diffusion cérébelleuse est apte à amener des » phénomènes de dépression du caractère. »

M. Luys cite à l'appui de son hypothèse les deux faits suivants :

« Un homme de quarante-deux ans, atteint d'une tu- » meur de la base qui comprime le corps strié, d'avant » en arrière, a vu son caractère changer. Il est devenu » mélancolique et d'une faiblesse de caractère telle qu'il » se laissait battre par sa femme.

» Un ancien invalide, mort à quatre-vingt-deux ans, » avait subi, trente ans avant sa mort, l'amputation de la » cuisse gauche. Or, dans les dix dernières années de sa » vie, son caractère avait complètement changé, de doux » et de réservé qu'il était, il était devenu grincheux, acca- » riâtre et violent, presque toujours en colère. Il vocifé- » rait à propos de rien, quoique sa lucidité fût parfaite. »

» A l'autopsie, je trouvai, dit M. Luys, des lésions atro- » phiques diffuses de l'écorce et surtout des dégénéres- » cences avec atrophie dans un noyau jaune du corps strié » du côté opposé au membre amputé. A mon avis, il s'était » fait en ces points un travail régressif par suite de l'am- » putation, qui avait mis les régions dans un état spécial » d'irritation continue avec sclérose ; de là très vraisem- » blablement le point de départ de l'excitation du carac- » tère. »

J'ajouterai que dans son *Traité de pathologie mentale*, M. Luys a publié l'observation d'une malade qui, bien qu'ayant toute sa lucidité, vociférait sans cesse dans une excitation turbulente extraordinaire. Or, à l'autopsie on a trouvé un foyer irritatif dans la protubérance. — Les régions psychiques étaient indemnes, la base seule était intéressée dans les points où va se reporter l'innervation cérébelleuse.

J'ai fini, je n'ai plus à faire qu'une remarque. On dira peut-être que tout le monde sait ce que je viens de dire et

que le caractère, chose vulgaire et d'observation de tous les jours, ne méritait pas d'être étudié scientifiquement. Je ne suis pas de cet avis. Je crois que tout ce qui touche à la vie humaine mérite la sollicitude et les réflexions du médecin et qu'en prévoyant, quelquefois de très loin, la probabilité d'une maladie terrible, celui-ci ne peut que gagner en autorité, surtout s'il peut mettre en garde une famille contre un danger qui la menace : c'est ainsi que grandit la mission de l'art.

CONCLUSIONS

I

Le caractère varie, non seulement dans un grand nombre de maladies, mais encore dans certains états physiologiques.

II

Ces états sont surtout les périodes menstruelles, la grossesse, la maternité, le rut humain et la digestion.

III

Les états morbides dans lesquels le caractère varie particulièrement, sont les maladies chroniques, les fractures, le cancer, la phtisie et les infirmités.

IV

On observe aussi des perversions du caractère dans les traumatismes cérébraux et dans tous les troubles de l'esprit, avant, pendant et après les accès. — En général, le caractère s'améliore après les accès.

V

Les variations du caractère sont un prodrome constant et certain de la paralysie générale des aliénés.

VI

On les observe aussi dans l'hystérie, la double conscience, l'épilepsie, chez les névralgiques et chez les névropathes.

VII

Elles accompagnent le plus souvent la rage, l'ivresse alcoolique et diverses intoxications, — l'angine de poitrine, les troubles de la digestion et les maladies des voies urinaires.

VIII

Le caractère peut être localisé dans les régions de la base du cerveau qui reçoivent les irradiations du cervelet.

NOTE

SUR

UNE LÉSION GRAVE DU CRANE

DÉCOUVERTE SUR LA TÊTE D'UN SUPPLICIÉ

Par M. le Dr HOSPITAL
Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Clermont-Ferrand.

Au mois de juillet dernier, on a fait assez de bruit, dans plusieurs sociétés savantes, au sujet des expériences tentées par les physiologistes sur les têtes de décapités. Ces expériences n'avaient jamais été plus nombreuses que cette année, ni faites avec plus de soin. Quoi qu'il en soit, elles n'ont pas été accueillies, par les savants, avec un égal empressement. Dans une séance presque orageuse de la Société de biologie, le 11 juillet, le président, M. Paul Bert, a formellement condamné ces expériences, en faisant ressortir le peu de résultats qu'elles ont fourni, eu égard à la peine qu'on a été obligé de se donner pour les exécuter; il a également mis en avant des considérations d'ordre moral. Cette manière de voir a aussi été formulée énergiquement par M. Vulpian, à l'Académie des sciences, dans la séance du 20 juillet. L'avenir de ces expérimentations peut fort bien être compromis par le verdict de nos deux illustres physiologistes; aussi est-ce le moment, pour moi, d'exhiber quelques modestes observations, que les circonstances m'ont permis de faire. Elles sont, d'ailleurs,

dans un ordre de faits tout autres que ceux qu'ont cherché à élucider MM. Laborde, Regnard, P. Loye.

Dans le courant de l'année, je fus invité par le D[r] Pojolat, l'habile chef des travaux anatomiques de l'École de médecine, à Clermont-Ferrand, à assister à l'autopsie d'un supplicié.

Le corps était celui d'un homme de vingt-cinq à trente ans, très bien modelé, et assez fortement musclé; il ne paraissait nullement exsangue, car il n'avait pas cette teinte cireuse, qui est observée chez les individus morts d'hémorrhagie; la face n avait point l'aspect de la mort, et les traits étaient tellement conservés, qu'on les reconnaissait facilement; le cadavre n'avait point de lividités dorsales et n'exhalait aucune odeur. La *coupe* très nette, avait passé entre la 4[e] et la 5[e] vertèbre cervicale; des deux côtés, cette section était d'un rouge vif. Le cou n'existait plus, par suite de la rétraction des parties molles; par contre, la 5[e] vertèbre cervicale faisait presque entièrement saillie. Les cordes vocales avaient été épargnées, mais le larynx s'était enfoncé dans les parties circonvoisines. Les muscles intérieurs étaient moins décolorés que je ne le supposais, ce qui tient à l'arrêt rapide des mouvements du cœur, une fois la moelle tranchée; aussi l'écoulement sanguin est moins complet qu'on pourrait le croire. Dans les hémorrhagies par traumatisme vasculaire, cet état exsangue est poussé bien plus loin, par suite de la prolongation des impulsions cardiaques, tant que l'appareil médullaire n'est pas détruit.

Nous examinons ensuite la tête: elle est bien conformée; au vertex, nous constatons l'existence d'une ecchymose, assez large, se propageant jusque sous le péricrâne; quelle en est la cause? nous l'ignorons. Le prisonnier n'a pas cherché à attenter à sa vie. Le D[r] Pojolat pense qu'elle s'est produite par la chute de la tête dans le panier, hypothèse, selon nous, bien peu probable; car, outre que la

circulation n'existe plus, quand la tête tombe, elle roule dans du son et à très peu de distance de la lunette; on ne peut, non plus, y voir une lividité post-mortem; le peu de sang qui y reste et son application sur la section s'opposent à la production de toute lividité. Cette extravasation sanguine ne serait-elle pas produite par une violente contraction vasculaire, juste au moment du passage de l'instrument tranchant, contraction dont la résultante serait au vertex?

A la partie postérieure de la bosse pariétale gauche, nous constatons l'existence d'une cicatrice, horizontale et linéaire, de 3 à 4 cent. de long; et immédiatement, au-dessus d'elle, *une autre cicatrice, en forme d'infundibulum, non adhérente, et correspondant à une dépression osseuse.*

Le cuir chevelu étant enlevé, nous constatons que cette dépression osseuse est produite par un enfoncement traumatique du crâne, assez grand pour recevoir le bout de la pulpe du petit doigt, et déjà ancienne, car les parois osseuses de cet enfoncement sont lisses et réparées, au fond, le périoste est épaissi, adhérent, et encroûté de substance osseuse friable.

La voûte du crâne étant enlevée, nous remarquons que les os sont d'épaisseur normale; à la partie intérieure de cette voûte, qui correspond à l'enfoncement décrit plus haut, on constate l'existence d'une *esquille osseuse*, grande comme une pièce de 30 sous, produite évidemment par la pénétration d'un instrument piquant conique, qui après avoir effectué la perforation du crâne, dont l'existence se révèle présentement par l'infundibulum, a fait éclater, par propulsion, un fragment de la table interne, mais qui, toutefois, n'a pas pénétré assez profondément, pour déterminer la séparation complète de l'esquille. En effet, celle-ci tient encore au reste de l'os par une grande partie de son contour; il semble même, qu'aux parties encore adhérentes, s'est opérée une sorte de soudure;

dans ce contour, qui est parfaitement visible, par suite de la fracture en éclat, on remarque en haut, dans une étendue de 2 millimètres, une séparation de l'esquille, qui *laisse passer un peu de jour;* donc, plus de doute! L'esquille non séparée complètement du pariétal a continué de *vivre*, et n'est pas devenue corps étranger. Enfin, telle a été la force d'impulsion de l'agent vulnérant, que l'esquille a été, en quelque sorte, faussée et que de concave elle est devenue légèrement *bombée*.

La dure-mère saine est légèrement adhérente, d'un rose grisâtre, translucide, très mince, elle est parcourue, en haut, par de très fines arborisations rouges; les sinus et veines sont vides, sauf quelques bulles d'air; pas de liquide céphalo-rachidien, qui s'est écoulé pendant la décollation.

Le cerveau présente sa conformation normale, sauf en deux points, sur lesquels nous allons revenir, les ventricules sont secs; il y a un peu de sablé rouge. Il pèse 1276 gr.; le cervelet = 150 gr.; la protubérance et le bulbe = 249 gr.; tout l'encéphale pèse 1450 gr., ce qui ne s'éloigne pas de la normalité.

On a cru remarquer, entre les trois grandes circonvolutions antérieures droites, une tendance à la formation d'une quatrième, qui ne se trouverait que chez les félins?

A l'endroit de la surface cérébrale, qui correspond à l'esquille décrite plus haut, nous constatons, dans les enveloppes cérébrales, et dans la substance blanche, *une dépression, reproduisant exactement en creux, l'os repoussé.* Il est donc évident, qu'en ce point, il y avait compression cérébrale!

Préoccupé de cette découverte, j'allai aux renseignements; on m'apprit que le condamné était peu intelligent, violent, crédule; dans ces conditions défectueuses, les circonstances pouvaient facilement l'entraîner à la participation à un crime; en outre, pendant son séjour à la maison

d'arrêt, on avait remarqué, en lui, une propension au sommeil ; aussitôt qu'il avait fini sa tâche, il s'endormait dans un coin ; on avait, enfin, constaté de singulières défectuosités de mémoire !

Quant à la manière dont le traumatisme s'est effectué, il est facile de l'établir : le coup de pointe reçu a dû être probablement un coup de fourche ; X..., dans sa vie errante, a dû le recevoir quelques années avant dans quelque rixe ; les téguments ont guéri, et certainement, lui-même n'y a-t-il plus pensé.

Constatons enfin, que la partie du cerveau qui a été comprimée, correspond à cette portion ou région dans laquelle Gall a placé l'*affectionivité et l'attachement amical*. Il est donc admissible que cet individu ne jouissait pas de l'intégrité absolue de son entendement. Or, étant supposé que cette particularité eût été connue, nul doute qu'on aurait admis, à l'égard de l'inculpé, une responsabilité limitée. On m'objectera, que ces lésions ne pouvaient être reconnues que par l'autopsie ? Celles de l'intérieur, oui, évidemment ; mais celles de l'extérieur, jointes aux indices recueillis sur ses antécédents, et aux renseignements qu'il eût fournis lui-même, sur l'accident, dont les traces étaient visibles sur sa tête, constituaient, d'ores et déjà, d'assez fortes présomptions en faveur de l'hypothèse d'une lésion intra-crânio-cérébrale, et de perturbations psychiques consécutives.

Déduction : elle est facile à tirer. Cette curieuse observation prouve qu'il serait d'une grande importance que, tout inculpé de crime, fût l'objet d'un examen médical physique et psychique, portant ses investigations, tant dans le passé que dans le présent, et pratiqué avec la plus scrupuleuse minutie.

SUR
LA PRÉTENDUE FRAGILITÉ DES OS
CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Note lue au Congrès de médecine mentale d'Anvers, séance du 8 septembre 1885

Par M. le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la maison nationale de Charenton.

MESSIEURS,

Le titre même de la note que je vais avoir l'honneur de lire devant vous, indique que je ne crois pas à l'existence d'une altération du système osseux, survenant par le fait seul de la paralysie générale, et se traduisant par une tendance plus grande aux fractures (1). Cette opinion venant à l'encontre de celle qui tend à prévaloir, je vous fais juges de la question, en vous apportant les arguments qui ont entraîné ma conviction.

Il y a quelques années, dans une discussion qui s'était élevée à la Société médico-psychologique, au sujet du *non-restraint*, j'avais déjà nié l'existence de cette altération osseuse, — ce qui me valut une réponse très catégorique de

(1) C'est ce que nous avons déjà dit, mon confrère Ritti et moi, dans notre article *Paralysie générale*, du *Diction. encyclop. de Dechambre*.

M. le Dr Foville : « Des recherches que j'ai faites dans les « journaux anglais, dit cet observateur distingué, et que « j'ai pu contrôler dans mes autopsies de paralytiques « faites à Charenton, il résulte pour moi que le tissu os- « seux en général subit chez les paralytiques une sorte « d'altération qui le rend plus friable; la simple pression du « doigt suffit souvent à briser les côtes sur le cadavre. » — « Il est vrai, ajoutait-il, que ces faits ne s'observent pas « chez tous les paralytiques, mais surtout chez ceux qui « présentent des troubles trophiques. » (*Ann. méd.-psychol.*, *nov.* 1880, p. 444.)

Cette affirmation de M. Foville est très nette, malgré les réserves qu'il y ajoute. D'autres auteurs, M. Bonnet entre autres, vont plus loin, et ne tendent à rien moins qu'à considérer la paralysie générale, non plus comme une simple méningo-encéphalite, mais comme une sorte de maladie *totius substantiæ*, se traduisant à la fois par l'altération de tous les tissus, frappant à la fois tous les systèmes organiques.

S'il m'est impossible de souscrire à ces conclusions, il est bien entendu cependant que je ne conteste nullement les observations qui ont été publiées; j'admets parfaitement que, chez certains malades atteints de paralysie générale, on ait rencontré un ramollissement du tissu osseux, une véritable ostéomalacie; ce sont des faits d'observation devant lesquels je m'incline.

Mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir si une altération osseuse de cette nature fait partie de l'ensemble symptomatique de la paralysie générale, si elle entre comme élément constitutif dans le processus pathologique qui se déroule dans cette maladie. C'est là ce que je ne saurais admettre.

Il peut sembler étrange qu'une question de cette nature reste en suspens. Quoi de plus facile, en effet, que d'examiner au microscope le tissu osseux des paralytiques, et de

constater s'il est réellement altéré! Je ne sache pas que des recherches dans ce sens aient été faites d'une manière suivie. Je les avais commencées, pour ma part, à l'époque où j'étais à Maréville. Aidé de l'un de mes internes, M. Mabille, aujourd'hui l'un de nos collègues les plus distingués, j'avais commencé à examiner méthodiquement les différentes parties du squelette chez les paralytiques morts dans mon service; puis à comparer les résultats obtenus avec ceux que donnaient les mêmes recherches pratiquées sur d'autres aliénés. Les circonstances ne m'ont pas permis de poursuivre cette étude, qui est facile à reprendre. Je dois dire qu'elle ne m'a donné que des résultats négatifs dans le petit nombre d'os que j'ai pu examiner.

La méthode *directe*, celle dont je viens de parler, n'ayant pas été employée, restent comme arguments les observations isolées, et les statistiques.

Les observations isolées ne sont pas nombreuses, et elles ne sont pas également probantes : le diagnostic n'ayant pas toujours été rigoureusement fait.

Dès 1842, Davey avait publié l'observation singulière d'un aliéné qui avait six fractures spontanées des os longs (fémur, clavicule et humérus gauches, radius droit). Cet auteur concluait de ce fait et de quelques autres que l'ostéomalacie peut compliquer la folie et plus spécialement la paralysie générale.

Plus tard, Virchow et Litzmann admirent une forme particulière d'ostéomalacie dépendante des affections nerveuses.

D'autres auteurs encore ont admis la coexistence des deux affections; mais elle est surtout affirmée dans le travail que Biaute, inspiré par son maître, Henry Bonnet, a publié dans les *Annales médico-psychol.*, nov. 1876. Basée sur une seule observation, cette étude a eu la bonne fortune d'être acceptée et citée par M. le professeur Verneuil, et depuis, par bien d'autres, sans aucune réserve,

sans aucune critique. C'est précisément parce que cette unique observation est sans cesse invoquée, qu'il importe de l'examiner de près.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, laboureur, « dont « la paralysie générale aurait été diagnostiquée à l'extérieur « en octobre 1875, avec troubles rémittents de l'intelli- « gence. » — L'état mental s'aggravant, le malade est amené à l'asile le 30 janvier 1876, dans l'état suivant : « Les mou- « vements des membres sont d'une incoordination exces- « sive, à tel point qu'il fait aux personnes de la ville, quand « il est conduit par la gendarmerie, l'effet d'un homme « ivre. La face (teinte huilo-terreuse) et la parole ont le « cachet caractéristique ; il est tatillonneur, gâteux et en « pleine démence, quoiqu'il reste des traces d'ancien dé- « lire, qui *aura été* (sic) un délire ambitieux. »

Cette description est évidemment incomplète, et, sans me permettre de critiquer le diagnostic porté par un clinicien aussi expérimenté que M. Bonnet, il me sera permis de dire que les symptômes énumérés par Biaute se rapportent bien mieux à un dément apoplectique, ou même à un alcoolique.

Voit-on souvent des paralytiques, âgés de cinquante ans, arriver en trois mois à la période ultime de la cachexie, et chez lesquels on est réduit à supposer la nature du délire ?

Quoi qu'il en soit, ce malade s'agite, et, le 1er février, à quatre heures du soir, il tombe dans la cour, où il se fracture l'humérus droit. Je passe sur les détails ; la mort arrive le 6, dans le coma.

L'autopsie a été faite d'une manière fort incomplète, car il n'est question ni du cerveau, ni des méninges ; ce qui est d'autant plus fâcheux, que le diagnostic manque ainsi de la sanction essentielle. Par contre, la fracture de l'humérus est longuement décrite, elle est oblique, très étendue, complexe, etc.

Et de conclure que, si le malade n'avait pas été un para-

lytique général, il ne se serait pas fait une fracture aussi grave !

C'est cette conclusion qui me paraît absolument hasardée; car nous savons, par expérience, combien d'éléments divers, souvent difficiles à déterminer, interviennent dans le mécanisme des fractures. Il est d'observation journalière que des individus font des chutes effrayantes, sans aucune lésion osseuse, tandis que d'autres font un simple faux pas, tombent de leur hauteur, même sur un terrain uni, et se fracturent ou se luxent les membres de la façon la plus grave.

Biaute ajoute, il est vrai, que le tissu osseux était altéré, qu'il a constaté cette altération. Mais ce n'est qu'un cas isolé, et qui ne permet pas de généraliser comme il le fait.

Vallon, dans sa thèse (*De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, Paris, 1882*), cite une observation, recueillie par Régis à Ville-Évrard : Un homme de trente-cinq ans, paralytique général à la première période, saute par une fenêtre (on ne dit pas de quelle hauteur), et se fait une luxation de l'astragale avec fracture du premier cunéiforme. « Il est évident, dit Val- « lon (p. 41), que, dans ce cas, la cause de cette fracture « extraordinaire était la paralysie générale. »

J'avoue qu'il m'est impossible de voir là un rapport de cause à effet, et je ne comprends pas pourquoi pareil accident n'aurait pu arriver à tout autre individu, non paralytique.

Verneuil (*Soc. de chirurgie, séance du 11 oct. 1876*, in *Gaz. hebdom. 1876, p. 669*) rapporte un fait d'ostéomalacie qu'il a vu survenir chez un paralytique général âgé de cinquante ans ; mais ce malade était en même temps diabétique.

L'observation de Verneuil n'est pas sans analogie avec celle que Laehr a publiée dans l'*Allgemein. Zeitschrift f.*

Psychiâtrie (t. XXXVII, fasc. 1, p. 72) ; mais Laehr ne paraît pas considérer sa malade comme une paralytique. Son mémoire est intitulé : « *De la fragilité des os chez les aliénés* » (Knochenbrüchigkeit bei Psychisch Kranken), et l'autopsie permit de constater l'intégrité des méninges et de la substance corticale de la convexité des hémisphères.

Au total, pour apprécier avec équité toutes ces observations, pour comprendre comment, sur un si petit nombre de faits, et de faits si peu probants, on a voulu édifier la théorie que je combats, il faut tenir un grand compte des tendances actuelles de la chirurgie : ce que les chirurgiens recherchent surtout aujourd'hui, c'est l'influence réciproque des traumatismes et des états constitutionnels, des états généraux de l'organisme. Si l'on croit avoir rencontré cette influence dans l'alcoolisme, le paludisme, le diabète, la syphilis, si on l'a trouvée également dans certaines affections nerveuses, telles que l'ataxie locomotrice progressive, pourquoi n'existerait-elle pas dans la paralysie générale ?

Il est permis de croire que les observateurs ne se sont pas mis suffisamment en garde contre cette idée préconçue, et qu'ils ont généralisé d'une façon trop hâtive. C'est le reproche que je ferai à Arnozan, qui, dans sa thèse d'agrégation (*Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, Paris 1880*), admet comme démontrée l'ostéomalacie spéciale aux paralytiques généraux. Il y joint cette remarque, que « c'est rarement aux membres qu'on « observe les fractures; presque toujours il s'agit de « fractures de côtes. » Ce qui pour moi est un argument que les os ne sont pas devenus plus fragiles, car autrement ce seraient les membres qui seraient fracturés le plus souvent, étant le plus exposés dans les chutes.

Les statistiques, tant allemandes qu'anglaises, apportent-elles un élément plus probant ?

Gudden (*Archiv. f. Psychiâtrie*, II, p. 683) note que sur cent autopsies (50 H. et 50 F.), il a constaté seize fois des fractures de côtes, quatorze fois chez l'homme, deux fois chez la femme. Sur les quatorze hommes, il y avait huit paralytiques.

Ces chiffres sont acceptés par Schüle, dans son Traité de psychiâtrie ; il admet que les fractures de côtes se rencontrent dans un seizième des cas.

Mendel, dans son Traité de la paralysie générale, n'apporte pas d'autres éléments dans le débat.

Ces chiffres m'ont toujours causé une profonde surprise, car, dans aucun des asiles que je connais en France, et je ne parle que de ceux auxquels j'ai été attaché à un titre quelconque, — je n'ai rencontré pareille fréquence de fractures de côtes. C'est à peine si, en plus de quinze ans de pratique, j'en ai vu *quatre* cas ; et dans ces quatre cas, le traumatisme extérieur n'était pas douteux.

Je ferai remarquer en outre que les statistiques basées sur les autopsies ne sont pas absolument probantes ; car on a dû rencontrer souvent des fractures de côtes anciennes, antérieures à l'entrée du malade dans l'asile, peut-être même antérieures à l'invasion de la folie.

Du reste, il n'est pas nié que beaucoup de ces fractures, sinon la plupart, ne fussent dues à des violences extérieures : c'est le cas pour les statistiques anglaises. Dans les asiles anglais, beaucoup de ces accidents ont donné lieu à des enquêtes judiciaires, ont été même suivies de condamnations des gardiens trop zélés, et Lauder Lindsay, qui s'est spécialement occupé de la question, a pu conclure que, si l'Angleterre est la patrie du non-restraint, elle est aussi celle des fractures de côtes chez les aliénés.

On objecte, il est vrai, que, s'il y a plus de fractures de côtes dans ces asiles, ce n'est point que les gardiens soient devenus plus violents, c'est que les côtes des paralytiques

sont devenues moins résistantes, et l'on conclut à l'ostéomalacie.

Messieurs, je n'en crois rien, et, chaque fois que je verrai un paralytique avec une côte cassée, je chercherai l'agent extérieur.

J'ai d'ailleurs pour moi un argument clinique qui me paraît irréfutable.

Quiconque a vu et a suivi un paralytique général dans l'évolution de sa maladie, reconnaîtra qu'il est de toute impossibilité de l'empêcher de faire des chutes. A une certaine période, le paralytique général tombe au moins aussi souvent et aussi facilement que l'enfant qui apprend à marcher, et il tombe de la même façon que l'enfant, butant au moindre obstacle, et ne faisant aucun effort pour se retenir. Or, depuis que je suis à la tête du service des hommes de la maison de Charenton, il a passé dans mes salles, en six ans et demi, environ 250 paralytiques. Calculez, je vous prie, le nombre de chutes que ces malades ont faites, pendant cet intervalle, dans les cours, dans les escaliers, dans les dortoirs, dans les jardins, et dites si mon infirmerie ne devrait pas constamment en renfermer quelques-uns, plus ou moins fracturés (1)?

Et cependant, Messieurs, je puis vous affirmer que dans

(1) Le nombre de paralytiques généraux admis dans le service des hommes a été :

En 1879	37
1880	36
1881	43
1882	25
1883	27
1884	36
Six premiers mois de 1885	15
	219

Ceux existant au 1[er] janvier 1879 étaient au nombre de plus de 30, de sorte que j'ai pris le nombre rond de 250.

Dans la même période, mon collègue Ritti a eu à traiter une trentaine de femmes paralytiques; chez aucune il n'a observé de fracture; son opinion est entièrement conforme à la mienne.

cette période de six ans et demi, je n'ai pas constaté une seule fracture, je dis *une seule*, chez un paralytique général (1).

J'en conclus, et j'espère que vous conclurez avec moi que « la paralysie générale ne détermine par elle-même « aucune fragilité des os, — que l'ostéomalacie, quand elle « existe, est un phénomène purement accidentel, tenant à « d'autres causes (2). »

---

(1) J'ajouterai un terme de comparaison : les seules fractures que j'aie observées depuis 1879, sont les suivantes :

Pa..., épileptique ; dans une attaque, chute sur le trottoir de la cour, fracture de l'avant-bras ;

Fi..., maniaque, sorti guéri ; veut sauter par-dessus un banc, fracture de la clavicule ;

Ca..., lypémaniaque, sorti guéri, veut escalader une grille, entorse du pied et fracture de la malléole interne ;

Re..., dément apoplectique, soixante-cinq ans, tombe de son fauteuil dans sa chambre, fracture du col du fémur ;

Pi..., folie circulaire, chute dans sa chambre pendant la période d'excitation ; fracture de la clavicule ;

Enfin, au moment même d'écrire ces lignes, j'observe un malade, maniaque, atteint depuis plus de cinq ans d'ataxie locomotrice progressive. Dans une lutte avec un autre malade, il est jeté par terre, et a la jambe fracturée. L'accident a eu lieu le 15 juin. Aujourd'hui, 10 août, le malade a pu quitter le service de chirurgie, et est revenu dans mes salles, avec la fracture entièrement consolidée.

(2) Après ma lecture, j'ai eu la bonne fortune d'entendre M. Ingels, de Gand, qui prit la parole et déclara que son expérience personnelle confirmait absolument les vues que je venais d'émettre ; que depuis plus de vingt-cinq ans qu'il était à la tête de l'hôpital Guislain, il n'avait observé que fort peu de fractures, et presque jamais chez les paralytiques. J'attache un grand prix à l'opinion d'un praticien aussi expérimenté.

M. Morel, qui depuis dix-sept ans est médecin de l'asile des femmes aliénées de Gand, m'a fait l'honneur de m'écrire que, dans ces dix-sept ans, il n'a rencontré *aucune* fracture de côtes, et seulement trois ou quatre autres fractures, dont une chez une aliénée ataxique.

NOTE

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LA FEMME

DE L'HYSTÉRIE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr Philippe REY
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard.

Mémoire lu au Congrès de Phréniatrie d'Anvers.

L'asile de Ville-Évrard reçoit un grand nombre de malades atteints de paralysie générale. Chargé successivement des deux services, dans cet établissement, il m'a été possible d'étudier cette affection chez l'homme et chez la femme, et de noter plusieurs particularités et des divergences sexuelles fort intéressantes. Entre toutes, il en est une sur laquelle j'ai plus spécialement porté mon attention. C'est l'existence de l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale, soit que cette névrose ait été notée dans les antécédents des malades et ait disparu plus ou moins longtemps avant les premiers symptômes de la paralysie générale, soit que les deux affections aient coexisté chez le même sujet se présentant l'une et l'autre avec leurs caractères propres.

Il est remarquable que la plupart des auteurs qui ont

écrit sur la paralysie générale gardent le silence sur ce point. En France, du moins, la question serait tout à fait nouvelle, si M. Régis (1) n'avait déjà, à propos d'un fait qu'il a observé à la clinique de Sainte-Anne, publié un travail dont les conclusions fondées sur ce seul fait m'avaient tout d'abord paru prématurées. La thèse de M. Charrière, soutenue en 1882, inspirée par M. Régis, expose sur ce même sujet les idées de ce distingué confrère qui, dans une leçon faite à la clinique des maladies mentales, s'exprimait ainsi : « Un fait important en tout cas, qui viendrait à l'appui de cette idée et sur lequel j'ai tout récemment appelé l'attention, c'est qu'il semble exister une antipathie profonde entre le tempérament nerveux et la paralysie générale. Celle-ci, au moins, d'après ce que j'ai pu observer, ne se développerait presque jamais chez les femmes hystériques, et lorsque par exception cela aurait lieu, il s'établirait une espèce de lutte permanente entre la névrose et la paralysie générale qui prendrait, de ce fait, une physionomie et une allure tout à fait spéciale (2). »

Je dirai sur quels points mon opinion, basée sur un nombre de faits déjà important, est notablement différente. Peu après, j'avais l'occasion d'observer, chez un homme, un fait analogue à celui de M. Régis. Il a été inséré dans les *Annales médico-psychologiques* de 1883.

Je rappellerai aussi que M. Camuset a observé, à l'asile de Vaucluse, la coexistence chez un homme de troubles hystériques bien caractérisés et de la paralysie générale. Ce fait, qui présente la plus grande analogie avec celui que je viens de rapporter, est également inséré dans les *Annales médico-psychologiques*.

---

(1) E. Régis. Note sur les *rapports de la paralysie générale et de l'hystérie*, in *Gazette médicale de Paris*. 1882, nos 2, 3, 5 et 6.
(2) *La paralysie générale chez la femme*, leçon faite à la clinique des maladies mentales, 1882.

Ces trois faits viendraient déjà infirmer l'opinion de M. Auguste Voisin qui, dans son Traité sur la paralysie générale des aliénés, écrit « que les accidents hystériformes, rares chez les femmes atteintes de cette affection, n'ont jamais été observés chez l'homme. »

Les malades, dont il va maintenant être question, appartiennent au sexe féminin. Bien que j'aie pu recueillir un grand nombre d'observations de femmes atteintes de paralysie générale, cette étude ne portera que sur trente d'entre elles, les seules dont les antécédents me soient parfaitement connus. Sur ces trente malades, j'ai pu réunir sept cas où des accidents hystériques ont été observés par la famille plus ou moins longtemps avant le début de l'affection cérébrale. Ma communication a principalement pour objet l'exposition des faits, attendant de nouveaux cas et surtout l'évolution complète de ceux que j'ai actuellement sous les yeux, pour essayer de les interpréter.

Mes observations portent sur l'âge, les antécédents héréditaires et personnels des sujets, les débuts de l'affection cérébrale, les troubles intellectuels, le caractère du délire, les symptômes physiques et la durée de la maladie. Il fallait, avant tout, bien établir le point essentiel de chaque observation, c'est-à-dire l'existence, chez la malade, des accidents hystériques, avant son admission à l'asile. Les renseignements fournis par les familles sont très précis. Je les reproduis tels qu'ils m'ont été donnés, et dans les termes employés par les parents des malades.

Observation I.

Bl... (Eugénie), âgée de quarante ans, teinturière, déjà traitée à Ville-Évrard de décembre 1880 à février 1881. A cette époque, la malade présentait un délire ambitieux, et des idées de richesses, « son père était général, elle avait

des millions, des maris très beaux, etc. » On avait noté de l'hésitation de la parole, et de l'inégalité pupillaire. Les idées délirantes avait disparu au bout de quelques jours. La malade convenait de leur absurdité ; elle conservait cependant une tendance aux idées de satisfaction relatives à l'état de sa santé, à son ménage, à ses aptitudes. De plus, les troubles de la motilité étaient encore manifestes. Sortie dans cet état de rémission incomplète, elle a pu rester plus de deux ans dans sa famille.

Rentrée à Ville-Évrard en juin 1883, elle présenta tous les signes de la démence paralytique avec embarras de la parole très prononcé, tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, perte de la mémoire, idées de satisfaction alternant avec des idées hypochondriaques.

Le famille me fournit les renseignements suivants : un frère épileptique est mort d'une congestion cérébrale.

Notre malade, jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, a été sujette à des crises de nerfs, caractérisées par la perte de connaissance, rigidité du corps et des membres, et des mouvements désordonnés. Ces attaques duraient environ un quart d'heure et se produisaient à l'occasion de quelque contrariété. L'accès se terminait par une crise de larmes.

La menstruation a toujours été irrégulière ; suspension de quatre mois avant les premiers troubles intellectuels.

Depuis son entrée, Bl... a eu de fréquents accès d'agitation maniaque ; elle poussait des cris, surtout la nuit, déchirait ses vêtements ou se déshabillait.

Les troubles physiques se sont rapidement accentués.

En avril 1884, faiblesse générale avec tremblement et mouvements ataxiques des membres supérieurs, plus marqués à droite. Asymétrie faciale déterminée par l'abaissement de la commissure droite, effacement du pli nasolabial, et rétrécissement de la narine correspondante. Gâtisme continuel. Les règles n'ont disparu que dans les deux derniers mois.

Il survient des eschares au sacrum. La malade tombe dans le marasme paralytique et meurt en mai 1885.

L'autopsie a révélé les lésions ordinaires de la démence paralytique.

OBSERVATION II.

M..., femme V..., âgée de quarante-trois ans, blanchisseuse, entre à Ville-Évrard le 18 octobre 1884.

La mère de la malade était asthmatique et très nerveuse. Une sœur de la malade avait des attaques de nerfs. *Celle-ci, avant d'être mariée, était sujette aux mêmes accidents : sensation de boule hystérique (les nerfs se nouaient sur l'estomac, dit la parente qui fournit ces renseignements) ; la malade se raidissait, poussait des cris, gesticulait, et tout se terminait par des larmes.*

L'affection actuelle aurait débuté, il y a quelques mois, par un accès de mélancolie; avec refus d'aliments, idées religieuses exagérées, crainte de tomber dans la misère. Cette période a eu une durée de quinze jours à trois semaines. Le retour au calme et à la raison a coïncidé avec des vomissements bilieux. Environ un mois après, on a remarqué un changement dans les habitudes et dans le caractère de M...... ; elle perdait la mémoire ; puis elle a eu des idées de richesses. On a aussi noté qu'elle parlait difficilement.

A son entrée à Ville-Évrard, la malade présente un mélange d'idées ambitieuses, absurdes, des préoccupations hypochondriaques, et des idées mystiques : « Elle s'est mariée avec la sainte Vierge, son mari est saint Joseph ; elle a gagné le gros lot, elle n'a pas une goutte de sang ; elle n'a pas de boyaux, etc. » Les signes physiques sont : la lenteur et l'hésitation de la parole, le tremblement des mains et principalement de la langue et des lèvres. Ces symptômes

s'accentuent notablement quand la malade s'excite. Les règles manquent depuis six mois.

16 *mars* 1885. — M... reconnaît avoir été malade, elle a abandonné ses idées délirantes ; elle conserve principalement le souvenir de son accès de mélancolie.

Les troubles physiques persistent. La menstruation s'est rétablie. Sortie le 19 avril 1884.

Observation III.

E... (Marie), trente-neuf ans, couturière, entre le 26 décembre 1884, atteinte de démence paralytique avec embarras de la parole, accès incohérents de satisfaction, inégalité pupillaire, gâtisme. Cette malade vient de l'hôpital de Saint-Denis. Le certificat qui l'accompagne note des désirs érotiques, des démarches amoureuses près des enfants ou les hommes qui passent dans la salle.

Voici les renseignements fournis par la famille : grand'-mère maternelle morte hémiplégique ; une sœur est extrêmement impressionnable. La malade a toujours été très nerveuse, et longtemps sujette à des attaques qui survenenaient à la moindre contrariété. On a dit aux parents que c'était de l'hystérie. Les attaques étaient caractérisées par des « étouffements », perte incomplète de connaissance, rigidité, mouvements désordonnés, sanglots et pleurs à la fin de chaque crise.

Il y a quatre ans, E... a eu des pertes utérines abondantes, à la suite desquelles les règles ont cessé. C'est à cette même époque qu'on a observé un changement dans le caractère de la malade ; elle perdait la mémoire, elle avait des idées hypochondriaques. Un an avant son entrée, elle eut plusieurs attaques congestives suivies d'embarras de la parole. Ces attaques, au dire de la famille, différaient totalement des précédentes.

Depuis son entrée à l'asile, la malade est généralement tranquille, mais elle a parfois des moments d'agitation pendant lesquels elle ne cesse de marcher, d'aller aux portes, de réclamer impérieusement sa sortie. Ses règles n'ont pas reparu.

Placée au pensionnat, elle a eu en juin 1885 une attaque avec hémiplégie incomplète et la mort est survenue quelques jours après, le 17 juillet (note de M. Grenier, interne du service).

Observation IV.

D... (Emilie), âgée de vingt-neuf ans, blanchisseuse, entrée une première fois en avril 1884. A cette date, les certificats mentionnent des attaques d'hystérie, des habitudes alcooliques, excitation violente et de la débilité mentale.

Le père aurait eu une attaque de delirium tremens. La malade a toujours été d'une intelligence faible. Vers l'âge de quinze à seize ans, il lui arrivait fréquemment de manger de la terre, et de bonne heure, elle a eu des habitudes d'onanisme qui ont persisté alors même que la malade vivait maritalement avec un protecteur. Celui-ci m'a dit que la malade se livrait à l'onanisme, même après le coït. *Elle avait des attaques fréquentes, présentant différentes phases de rigidité, de grands mouvements du corps et des membres, et de contracture passagère. Des larmes annonçaient la fin de l'attaque*. Menstruation irrégulière.

A son entrée, la malade ne se rend nullement compte de sa situation. On l'a enfermée, dit-elle, parce qu'elle ramassait des clous. L'intelligence est très bornée. Elle est tranquille; et elle peut s'occuper de quelques travaux d'aiguille. Réclamée par sa famille, elle n'a fait qu'un très court séjour à l'asile.

La malade revient en mars 1885. Les certificats notent

de nouveau : un état de débilité mentale, des accidents hystériques, de l'exitation maniaque. L'état dans lequel nous la voyons est le suivant : affaiblissement profond des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, très notable hésitation de la parole, inégalité pupillaire. La malade s'empare de tout ce qui est à sa portée, elle vole différents objets à ses compagnes et prétend que ces objets lui appartiennent.

Dans le courant du mois d'avril, *elle a deux attaques ainsi caractérisées : faiblesse générale, sans perte de connaissance; puis mouvements convulsifs légers auxquels succèdent des mouvements plus étendus et désordonnés des membres, avec projection du corps en avant. On observe ensuite de la contracture des extrémités : les doigts sont fléchis fortement dans la paume de la main, la main sur le poignet; les pieds sont dans l'extension forcée. Ces contractures sont passagères; la résolution coïncide avec l'apparition des larmes.*

Deux autres attaques sont observées, l'une en mai, l'autre en juin, par M. Loisel, interne du service.

Juillet. — Actuellement, la malade présente des idées de richesses et des idées orgueilleuses : elle a des bijoux, elle gagne beaucoup d'argent, elle est première danseuse à l'Opéra ; elle a un grand nombre d'enfants à Bordeaux, etc. L'embarras de la parole est très marqué, ainsi que le tremblement de la langue et des lèvres. Elle a du tremblement des membres supérieurs avec mouvements ataxiques plus marqués à droite. Récemment, il est survenu de l'excitation génésique très vive : la malade se déshabille ou relève ses jupes, elle entraîne ses compagnes dans les cabinets pour se livrer à l'onanisme. Elle se frotte contre les arbres. Ses règles n'ont pas reparu.

Observation V.

L..., femme Th..., cinquante et un ans, cuisinière, entrée le 28 février 1885. Elle présente de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, avec apathie; la parole est hésitante ; tremblement de la langue, inégalité pupillaire.

Un frère de la malade est mort aliéné. La cause présumée de l'affection actuelle serait le mauvais état de ses affaires et l'abandon de son mari. Longtemps avant son mariage, L... *était sujette à des crises de nerfs. Elle se jetait par terre, poussait des cris, agitait violemment les bras et les jambes; on a remarqué qu'elle avait de l'écume aux lèvres; à la fin de la crise elle pleurait. Les attaques étaient précédées de phénomènes nerveux : la malade était prise de bâillements; elle se plaignait d'étouffer. Ces attaques se sont produites encore depuis le mariage, mais moins fréquentes : les dernières ont eu lieu au début de l'affection actuelle.*

Ce début a été marqué par des maux de tête, de l'affaiblissement de la mémoire, des actes inconscients. La malade faisait des paquets de ses vêtements, de son linge, qu'elle égarait ensuite. Elle se perdait dans les rues. Parfois, elle avait une certaine conscience de son état et disait : « Je vois bien que je deviens folle. » Avant son placement à l'asile, la malade présentait de l'embarras de la parole.

Cet état n'a pas changé depuis que nous l'observons.

Observation VI.

B..., femme G..., vingt-cinq ans, couturière, entrée le 20 décembre 1884. A cette date, elle présente de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, des idées de satisfaction, de l'hésitation de la pa-

role, du tremblement de la langue et de l'inégalité pupillaire.

Elle a toujours été très nerveuse. Dès l'âge de quinze ans et à la suite d'une vive frayeur, elle a eu des attaques pendant lesquelles elle tombait, se roulait par terre, avec mouvements désordonnés des bras et des jambes. Puis, elle se raidissait; on observait alors que les yeux étaient convulsés, puis l'écoulement des larmes à la fin de chaque crise, dont la durée était d'un quart d'heure à vingt minutes. La moindre contrariété suffisait pour les ramener, et elles ont persisté après son mariage à l'âge de dix-neuf ans. La menstruation a toujours été très régulière.

La maladie actuelle a débuté par un délire mélancolique avec idées de suicide, idées de persécution, craintes de tomber dans la misère et scrupules religieux. Cette période aurait duré deux mois, pendant lesquels la malade a été traitée à l'hôpital Laennec. A sa sortie, elle avait pris de l'embonpoint; elle mangeait beaucoup. Elle avait de fréquentes envies de commettre des vols et cette particularité, coïncidant avec la suppression des règles, avait fait croire à une grossesse. Peu après, il est survenu de l'agitation maniaque, des idées de richesses, des idées ambitieuses et la malade n'a pu être conservée dans sa famille. Elle a été retirée de l'asile au mois de mai dans le même état de démence avec apathie et de gâtisme.

Observation VII.

S..., femme C..., quarante et un ans, sans profession, entrée en septembre 1883. Les certificats d'admission portent : excitation maniaque violente, loquacité, chants, idées très confuses, paralysie générale imminente.

Depuis quelque temps la malade perdait la mémoire; elle négligeait son intérieur, se plaignait de maux de tête

et elle prenait différentes drogues pour des maladies évidemment imaginaires. A cette époque, elle a eu une période de délire mélancolique avec idées de suicide, qui a nécessité son placement.

Le mari ne sait rien des antécédents héréditaires de la malade et peu de chose sur ses antécédents personnels. *Mais, longtemps avant le début des troubles actuels, et durant plusieurs mois, il a été témoin des attaques d'hystérie vivement caractérisées.*

Actuellement, la malade est en état de démence, avec idées de satisfaction alternant avec des idées hypochondriaques, mais le délire prédominant est un délire érotique qui se révèle par des paroles obcènes, et surtout par des actes. Elle se livre à l'onanisme, relève ses jupes aussitôt qu'elle aperçoit un homme, recherche quelques-unes de ses compagnes. La parole est lente et hésitante. La malade s'est notablement affaiblie. Elle devient gâteuse. La menstruation est normale et régulière.

Dans tous ces cas, l'existence de l'hystérie dans les antécédents des malades ne saurait être mise en doute. Il ne me semble pas possible de rapporter à un autre état morbide les phénomènes observés par les parents. Il en résulte que la paralysie générale se développe chez les sujets à tempérament essentiellement nerveux, et que le fait est loin d'être une exception.

Il s'agit maintenant d'analyser ces observations et de voir si la paralysie générale a présenté quelque particularité, quant à l'âge des malades, les antécédents héréditaires, les troubles intellectuels, les signes physiques, la marche et la durée de la maladie. Voici les résultats portant sur l'ensemble des sept cas.

Age.. — Deux de nos malades avaient moins de trente ans au moment de l'apparition des troubles intellectuels; une seule avait plus de quarante-cinq ans. Cet écart et aussi la précocité dans un grand nombre de la paralysie géné-

rale chez la femme ont été notés par tous les aliénistes qui ont porté leur attention sur ce point.

Nos relevés personnels sur 224 cas, nous ont donné 32 cas au-dessus de trente ans, et 17 au delà de cinquante ans. L'âge de nos malades ne présente donc rien qui s'éloigne des cas ordinaires.

Chez six malades dont les antécédents héréditaires ont pu être connus, on trouve des ascendants ou des collatéraux atteints de troubles nerveux, congestifs ou vésaniques.

La menstruation, comme dans les cas ordinaires, a présenté des irrégularités, des suspensions plus ou moins prolongées. J'ai noté quelquefois que les femmes atteintes de paralysie générale avaient eu des pertes abondantes peu de temps avant l'apparition des troubles intellectuels. Pareils accidents n'ont pas été observés chez les malades qui font l'objet de cette étude.

Dans la plupart des cas, chez la femme, les désordres intellectuels affectent une marche lente, progressive. Ils ont rarement la violence, fréquente au contraire chez les hommes. Presque toujours l'affaiblissement de la mémoire, le changement dans le caractère, l'inaptitude au travail précédent l'apparition des idées délirantes, qui, dans un grand nombre de cas, affectent la forme mélancolique. Ces remarques s'appliquent également aux cas dont il est ici particulièrement question. Car, nous voyons trois fois les accidents débuter par un délire mélancolique qui, plus tard, a fait place à des accès de manie avec idées ambitieuses, idées de richesse et idées érotiques. Chez une autre malade, l'affection débute par un accès de manie avec idées ambitieuses et idées de richesses, suivi de rémission. Cette même malade tombe plus tard dans la démence paralytique sans avoir présenté de nouvelles manifestations délirantes. Enfin, dans un cas, il n'y a pas eu de délire; on n'a jamais observé que les symptômes de la démence et les troubles physiques spéciaux.

Ainsi, notre petite série réunit toutes les formes de la paralysie générale. Aucune d'elles n'est donc plus spécialement l'apanage des sujets doués d'un tempérament nerveux.

Chez elles encore la marche de la maladie n'a rien présenté que l'on n'observe dans les cas ordinaires. Pour la plupart, les différentes phases se sont succédé, on peut dire, avec une régularité remarquable. Au point de vue de la durée de la maladie, nos observations ne peuvent porter que sur deux malades qui ont succombé dans le marasme paralytique le plus complet, avec eschares au sacrum ; l'une, cinq ans après le début des premiers troubles et deux ans après une longue période de rémission. Chez l'autre, la maladie a évolué en moins de trois ans. Quant aux malades que nous observons encore et dont l'intelligence est atteinte depuis moins de trois ans, elles présentent actuellement tous les signes de la démence paralytique avec gâtisme. Les seules particularités à signaler au point de vue des troubles intellectuels se rencontrent chez les malades qui font l'objet des observations IV et VII. La persistance et la prédominance des idées érotiques chez ces deux malades et de fréquentes périodes d'agitation maniaque caractérisées principalement par une mobilité continuelle, ces désordres avaient tout d'abord frappé mon attention. L'une d'elles seule (observation IV) a présenté des attaques d'hystérie depuis son entrée à l'asile, tandis que chez les autres malades, tous les accidents de cette nature ont disparu avant l'apparition des troubles intellectuels. Chez la première, du reste, les attaques n'ont été observées que dans les quatre premiers mois et elles ne se sont pas reproduites.

Notre observation de ce genre, recueillie chez les hommes, offre encore un exemple de l'atténuation et de la cessation des troubles hystériques à mesure que la paralysie générale se développe. Chez lui les attaques qui étaient au

début très fréquentes cessent, en effet, pendant deux mois, après lesquels le malade succombe à des attaques franchement épileptiformes.

C'est sur ce point, en définitive le plus important, que nos observations se trouvent en désaccord avec l'opinion de M. Régis; selon nous, l'hystérie n'exercerait pas vis-à-vis de la paralysie générale une « *action d'arrêt* » et elle ne serait pas davantage une « *affection dérivative* »; mais c'est elle, au contraire, qui céderait le pas à la paralysie générale, soit dans le cours de cette affection, soit, ce qu'il nous a été difficile d'établir, au moment de son invasion.

En résumé, si nous n'avons pas été exceptionnellement favorisé en trouvant réunis sept cas de paralysie générale développés chez des femmes hystériques, en présence d'une proportion aussi importante, nous sommes autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° La paralysie générale peut se développer chez des femmes hystériques et par conséquent douées d'un tempérament essentiellement nerveux. Les faits de ce genre sont loin d'être exceptionnels;

2° Au point de vue de l'âge, des antécédents héréditaires, des troubles intellectuels, des signes physiques, de la marche de l'affection paralytique et de sa durée, ces cas ne diffèrent pas notablement des cas ordinaires;

3° Le délire peut quelquefois présenter un caractère particulier qui doit faire soupçonner l'existence antérieure ou actuelle d'accidents hystériques;

4° L'hystérie s'atténue ou disparaît dans le cours de la paralysie générale; il est probable que dans beaucoup de cas, elle s'atténue ou disparaît au moment de l'invasion de l'affection paralytique.

Archives cliniques

9

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. SEMELAIGNE.

Cas remarquable de rémission ou de guérison temporaire de la paralysie générale.

Le malade, après son premier accès, a pu, pendant deux ans, remplir des fonctions très importantes dans l'administration.

M. X.., âgé de quarante-six ans, écrivain distingué, et ayant occupé un emploi assez élevé dans l'administration publique, entrait à Saint-James le 10 décembre 1862. Il était triste, abattu, méfiant, taciturne. Tantôt il se croyait ruiné, tantôt criminel, ou en butte à des inimitiés mal définies. Sa démarche était lourde, l'affaiblissement physique prononcé, la parole embarrassée, hésitante. Pour ses pupilles, la gauche était plus dilatée que la droite. La situation du malade paraissait en un mot des plus graves. Cependant, au bout d'un mois, tous les symptômes indiqués ci-dessus avaient disparu, et de nouvelles fonctions étaient confiées, en province, à M. X... L'intelligence était redevenue comme auparavant, vive, brillante. Seules, les facultés affectives avaient diminué dans leurs manifestations. Nature peu expansive, M. X... s'était toujours montré d'ailleurs d'un commerce difficile. Deux années s'écoulè-

rent dans ces conditions, le service du fonctionnaire étant bien fait, régulier. Se sentant fatigué, il demanda alors à changer de position. Mais à peine installé dans le poste qu'il avait sollicité et obtenu, on s'aperçut qu'il était distrait, oublieux, inexact, bizarre. Bientôt on eut recours forcément à n'importe quel prétexte (il les acceptait tous), pour le faire agir. De retour à Paris, à l'insu de sa famille, M. X... vague au hasard, dans les rues, sans se livrer toutefois à aucun acte répréhensible. Des billets à ordre qu'il avait souscrits le préoccupaient surtout au milieu du désordre de ses idées. Ramené à Saint-James en mars 1866, M. X... ne me reconnaît pas, et il prend un médecin qu'il y avait déjà vu pour le ministre de l'intérieur. Le tremblement des membres est marqué, le bégaiement très sensible. Placé dans la chambre qu'il avait habitée précédemment, cette pièce ne lui rappelle aucun souvenir. Dément, il veut et ne veut pas, et bien que calme, en général, rien ne le satisfait. Dans ces derniers temps, M. X... plié en deux semblait ne pas pouvoir se redresser. Enfin, le 17 septembre, six mois après sa rentrée, une congestion cérébrale l'emportait en quelques heures.

Remarques. — On remarquera que pendant le premier accès qui n'a duré qu'un mois, le malade n'a eu qu'un délire mélancolique simple. Ces faits ne sont pas rares, mais il semble qu'ils n'ont pas été suffisamment discutés.

Ce délire mélancolique simple était-il le symptôme direct d'une périencéphalite à son début, ou bien doit-il être considéré comme un délire vésanique surajouté à des phénomènes somatiques dus probablement à un état congestif? Cette dernière hypothèse ne permettrait-elle pas d'expliquer comment l'intelligence, après la guérison, était redevenue *vive* et *brillante*, et comment M. X... a pu pendant deux années remplir des fonctions administratives

très importantes ? La véritable périencéphalite chronique diffuse n'aurait alors réellement commencé qu'au début du deuxième accès et elle s'est traduite, comme il arrive toujours, par la démence.

Le premier accès devrait alors être assimilé aux accidents congestifs qui précèdent si souvent le début de la périencéphalite chronique.

Législation

DU DROIT

DE

RÉCLAMATION DES ALIÉNÉS

DEVANT LES TRIBUNAUX CIVILS

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS DE MÉDECINE
MENTALE D'ANVERS

le 7 septembre 1885,

Par M. le docteur Achille FOVILLE.

Messieurs,

Parmi les lois relatives aux aliénés, la loi française et la loi belge se distinguent par une disposition commune qui leur donne, à toutes deux, un caractère de libéralisme que l'on chercherait vainement dans les autres législations spéciales. Je veux parler du droit accordé à toute personne, placée dans un asile d'aliénés, de réclamer devant le tribunal civil sa mise en liberté, aussi souvent que bon lui semble, et à quelque époque que ce soit. Grâce à ce droit, chaque malade est libre de faire examiner son état mental par la justice de son pays, sans délai, sans formalités compliquées, sans entraves pécuniaires.

Sans doute, dans d'autres pays, le recours devant les

tribunaux est légalement possible ; mais il faut reconnaître qu'en fait, il est absolument inaccessible à la presque totalité des personnes placées, et notamment à tous les indigents.

C'est ainsi, par exemple, qu'en Angleterre il faut prendre le chemin détourné de la procédure que l'on appelle *de lunatico inquirendo*, et que, dans la plupart des États de l'Amérique du Nord, il faut recourir à une action d'*habeas corpus ;* dans les deux cas, la marche de la justice est très compliquée, très lente, très coûteuse et livrée à la publicité.

En France et en Belgique, au contraire, il suffit d'une simple réclamation, adressée au tribunal civil ordinaire, pour que celui-ci, sans retard, sans discussion publique, sans exposé de motifs, sans aucune complication de procédure ni de fiscalité, se rende un compte exact de la situation du réclamant et décide s'il doit être remis en liberté ou maintenu dans l'asile (1).

Ce droit de réclamation est évidemment la plus grande garantie qui puisse être donnée, par la loi, à la liberté individuelle. Il n'est pas moins précieux, j'en suis convaincu, pour les médecins des asiles. Aussi, est-ce à tort, selon moi, que quelques-uns d'entre eux la considèrent comme une marque de défiance à leur égard, et désirent que l'application en soit aussi rare que possible. Je pense, au contraire, que cette action de la justice fournit, aux médecins aliénistes, le meilleur moyen de mettre leur responsabilité à l'abri, de se justifier de toute imputation d'abus d'autorité, et de mettre en évidence, en toutes circonstances, la

(1) La loi Hollandaise comporte (art. 29 et 30) des mesures analogues, mais la procédure est moins simple, et l'initiative du réclamant moins complète. Rien de semblable ne paraît prévu dans le projet de loi actuellement soumis au Parlement Italien (Voyer *Annales médico-psychologiques*, septembre 1883 et novembre 1884).

sincérité de leurs opinions et la droiture de leur conduite.

Sans insister sur ces considérations, qui seraient susceptibles de longs développements, et en considérant comme admise l'excellence du principe du droit de réclamation devant les tribunaux, je dois faire remarquer que si, dans les deux pays, ce principe est exactement le même, il y a cependant certaines divergences dans le détail des moyens d'application.

Or, au moment où l'on s'occupe sérieusement, en France, de reviser la législation relative aux aliénés, il me paraît très à propos d'analyser, de près, les analogies et les différences existant entre la pratique française et la pratique belge, afin d'être à même d'emprunter, sûrement, à chacune d'elles, ce qu'elle présente de meilleur.

C'est cette étude comparative que je vais essayer de faire ici; elle se composera presque uniquement de citations de textes officiels et d'emprunts faits à des documents parlementaires (1); elle sera, par conséquent fort aride, et j'ai besoin de solliciter toute l'indulgence des confrères auxquels j'ai l'honneur de la soumettre.

Le droit de réclamation devant les tribunaux civils, accordé aux personnes placées dans les établissements d'aliénés, a été une innovation entièrement due à la loi française de 1838.

Rien de semblable n'avait jamais été essayé avant cette

---

(1) Les citations faites, dans le présent travail, ont été empruntées aux publications officielles suivantes :

Législation sur les aliénés et les enfants assistés, trois volumes publiés par le ministre de l'intérieur. Paris, 1881-84.

Onzième rapport sur la situation des établissements d'aliénés du royaume. Ministère de la justice, Bruxelles 1878, un vol.

Projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, présenté au Sénat par M. Fallières, ministre de l'intérieur, le 25 novembre 1882.

Rapport au Sénat sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, par M. Th. Roussel, sénateur. 2 vol. 1884.

époque, et le mérite de cette innovation revient, tout entier, à l'initiative de la commission de la Chambre des députés, dont M. Vivien fut l'éminent rapporteur.

Le premier projet du gouvernement, présenté à la Chambre le 6 janvier 1837, soumettait déjà, il est vrai, les actes de l'administration au contrôle de l'autorité judiciaire; mais ce contrôle ne pouvait s'exercer que d'une manière indirecte, par le mécanisme d'une poursuite en interdiction.

Cela résultait des dispositions de l'article 4 du projet, dont les paragraphes 3, 4, 5 et 6 étaient ainsi conçus :

« Les causes du placement seront de droit considérées comme ayant cessé :

« 1° Si, depuis le placement, un jugement, rendu sur la demande d'un individu placé, ou de sa famille, ou sur la provocation du procureur du roi, a prononcé qu'il n'y a lieu ni à l'interdiction, ni à l'administration provisoire.

« 2° Si le temps pour lequel l'autorisation ou l'ordre de placement ont été délivrés s'est écoulé sans qu'ils aient été renouvelés, ou sans qu'il soit intervenu aucun jugement prononçant soit l'interdiction, soit l'administration provisoire.

« Aucune autorisation, ni aucun ordre ne pourront avoir d'effet pendant plus de six mois, ni être renouvelés plus de trois fois. »

De cette rédaction contournée, il ressortait, en résumé, qu'un aliéné pouvait être maintenu pendant deux ans, dans un asile, en vertu de simples décisions administratives; mais qu'au delà de ce terme, il devait en sortir, à moins que l'autorité judiciaire n'ait prononcé son interdiction ou ne l'ait pourvu d'une administration provisoire.

Ce système ne fut pas approuvé par la commission et M. Vivien lui opposa, entre autres choses, les objections suivantes dont on ne saurait méconnaître la haute valeur.

« L'obligation de poursuivre l'interdiction, à une époque

déterminée, est contraire à la pensée qui a dicté le titre du Code civil sur l'interdiction. On a voulu que cette poursuite fût toujours facultative ; les frais qu'elle entraîne sont onéreux ; la publicité qui l'entoure blesse des scrupules que la loi doit respecter ; elle peut, dans l'état de nos idées, de nos préjugés si l'on veut, couvrir une famille d'une humiliation cruelle ; ceux contre lesquels elle est dirigée en éprouvent de douloureuses impressions dans le cours de leur maladie, et quelquefois d'implacables ressentiments quand ils ont recouvré la raison. Ce sont des conséquences auxquelles le législateur ne doit pas impunément exposer les familles. »

Après avoir ainsi combattu le système de l'interdiction obligatoire, le rapporteur lui substitue une nouvelle garantie qu'il motive ainsi :

« Il vaut mieux une marche plus franche et plus directe. Quel est l'objet de la réclamation adressée au tribunal? Cet objet, sous quelque forme qu'on le dissimule, c'est la cessation de l'état de séquestration. Pourquoi ne pas faire résoudre, en propres termes, cette question : Y a-t-il lieu de retenir plus longtemps la personne placée? Les causes qui l'ont fait admettre ont-elles cessé d'exister? En ces termes, le tribunal se prononcera en connaissance de cause, et il pourra se faire qu'il maintienne le placement d'une personne qu'il n'aurait pas interdite, et qu'il ordonne de rendre à sa famille une personne déjà frappée d'interdiction. »

Ainsi se trouvait nettement posé le problème qui, depuis lors, n'a jamais cessé d'être ardemment discuté toutes les fois qu'il s'est agi du placement des aliénés dans les établissements spéciaux, celui de savoir quelle doit être, en pareille matière, la part respective faite à l'autorité administrative et à l'autorité judiciaire. En d'autres termes, il s'agissait de savoir si l'intervention de la justice doit être obligatoire et s'exercer forcément dans tous les cas, ou

bien si elle peut n'être que facultative et réservée pour les seuls cas où les intéressés la réclament.

Bien que la première thèse ait été défendue, avec la plus grande énergie, devant la Chambre des députés, par des avocats tels qu'Isambert et Odilon Barrot, ce fut la seconde opinion, soutenue par la Commission et le Rapporteur, qui fut adoptée.

A la Chambre des pairs, le nouvel article souleva, aussi, une longue et intéressante discussion ; M. Pelet (de la Lozère) et M. le duc de Broglie lui reprochèrent d'être en désaccord avec l'esprit général de la législation française, et d'organiser volontairement le conflit entre l'autorité administrative et l'autorité judiciaire. MM. de Barthélemy, Rapporteur, de Montalivet, Ministre de l'Intérieur, Mérilhou et d'autres, réfutèrent cette argumentation et soutinrent la nécessité de maintenir, à côté des actes des préfets, le contrôle de la magistrature. Ils finirent par l'emporter ; le droit, pour les personnes placées dans un asile, de demander leur mise en liberté au tribunal civil, fut consacré par un article qui porta successivement les numéros 20, 25 et 29, et dont le texte, longuement discuté dans les deux Chambres, est ainsi conçu :

« Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

« Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

« Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

« La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera pas motivée.

« La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu seront visés pour timbre et enregistrés en debet.

« Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après. »

Depuis 1838, jusqu'à l'époque présente, cet article n'a cessé d'être en vigueur, et d'être l'objet d'applications fréquentes.

Lorsque le gouvernement belge a voulu, à son tour, faire une loi sur les aliénés, il s'est inspiré, à plusieurs égards, de la législation française, et lui a, notamment, emprunté le droit de recours direct devant les tribunaux.

L'article de la loi belge du 18 juin 1850, qui consacre ce principe, porte le n° 17 ; il présente de grandes analogies avec l'art. 29 de la loi française, mais il s'en écarte, plus ou moins sur plusieurs points de détail.

La Belgique, qui avait été en retard de douze ans, sur la France, pour la première loi relative aux aliénés, l'a devancée dans la revision de cette loi. Dès le 13 novembre 1872, le gouvernement belge proposait aux Chambres d'y introduire des améliorations qui, après de sérieuses discussions, furent réalisées par la loi du 28 décembre 1873, sans que la nomenclature des articles fût altérée. Le nouvel article 17, maintient, dans leur ensemble, les prescriptions contenues dans le précédent, mais les termes de presque tous les paragraphes ont subi certains changements.

Lorsqu'à leur tour, le gouvernement et le Sénat français ont tout récemment recherché quelles étaient les modifications à faire subir à la législation de 1838, ils ont donc eu, en ce qui concerne le droit de réclamation devant les tribunaux civils, à comparer le texte français avec les textes

belges, et ils ont reconnu, l'un et l'autre, qu'il y aurait avantage à faire à ces derniers certains emprunts.

De là, deux nouveaux projets de rédaction sur lesquels le Parlement français aura prochainement à se prononcer. C'est ce qu'a expliqué, avec son autorité habituelle, l'éminent Rapporteur du Sénat, M. le Dr Th. Roussel.

Ceux que l'étude de cette question intéresse ont donc actuellement à faire leur choix entre cinq textes différents :

1° L'article 29 de la loi française du 3 juin 1838.

2° L'article 17 de la loi belge du 18 juin 1850.

3° L'article 17 de la loi belge du 28 décembre 1873.

4° L'article 41 du projet de revision présenté par le gouvernement français, le 25 novembre 1882.

5° L'article 50 du projet de revision adopté en 1884, par la Commission sénatoriale française.

Je me garderai bien de reproduire ici, d'une manière littérale, chacun de ces textes, à la suite les uns des autres ; leur comparaison, réduite à une simple énumération de mots, serait monotone et stérile ; elle n'aurait d'ailleurs, à bien des égards, qu'à faire constater leur identité.

Par contre, il me paraît intéressant d'étudier, avec quelques détails, ceux des points traités dans ces articles qui ont donné lieu à des solutions différentes les unes des autres, et de rechercher, parmi ces diverses solutions, celle qui doit être préférée.

Ce sera faire la comparaison des idées auxquelles répondent les différents textes, et montrer l'évolution de ces idées qui ont été toujours inspirées, je me fais un devoir de le reconnaître, par un grand esprit d'équité et par des préoccupations constamment libérales.

Je passe donc sous silence tous les points sur lesquels les différents textes sont d'accord, et je m'occupe uniquement de ceux sur lesquels il existe, entre eux, des variantes ou des dissidences.

I.

PERSONNE AYANT QUALITÉ POUR FORMER UNE RÉCLAMATION.

D'après le texte de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838, tout le monde peut demander au tribunal la sortie d'une personne placée dans un établissement d'aliénés, excepté cette personne elle-même lorsqu'elle est interdite.

Cette exception n'a été introduite qu'à une époque tardive de la confection de la loi ; on en trouve la première mention dans le dernier rapport présenté à la Chambre des pairs, par M. le marquis de Barthélemy.

« Ayant des changements à proposer sur l'article 29, dit ce rapport, nous l'avons complété. Le but de la loi est de ne pas rendre indispensables les demandes en interdiction, mais de laisser subsister toutes les conséquences d'une interdiction, qui a déjà été prononcée. Une des règles qui en découle est que le tuteur de l'interdit est seul préposé à la direction de sa personne et de ses droits. Tant que l'interdiction n'est pas levée, il n'appartient à qui que ce soit, pas même au ministère public, de requérir la sortie d'un interdit de la maison où son tuteur l'a fait placer. Et quand le placement a eu lieu d'office, par ordre de l'autorité, le tuteur seul a le droit de provoquer la sortie. Nous vous proposons d'inscrire ce principe dans la loi. »

Le paragraphe 3 de l'article, destiné à consacrer ce principe, fut voté sans aucune observation par la Chambre des pairs ; il fut également adopté par la Chambre des députés, sur la proposition du rapporteur M. Vivien.

« Une disposition nouvelle, dit ce dernier, a été ajoutée à l'article 29 : elle a pour objet de conférer au tuteur seul le droit de réclamer judiciairement la sortie d'un interdit. Cette disposition est la conséquence de l'article 14 qui res-

treint aussi, au tuteur, l'exercice d'un droit analogue ; l'interdiction a mis l'aliéné sous l'autorité exclusive de son tuteur ; tant qu'elle subsiste, elle doit produire ses conséquences. L'addition faite par la Chambre des pairs est donc parfaitement juste et sage, et vous ne ferez sans doute aucune difficulté de l'adopter. »

C'est ce qui eut lieu, en effet, sans même que la chose ait été discutée, et, par là, une catégorie assez nombreuse d'aliénés se trouva privée du droit de réclamation qui était libéralement accordé à tous les autres.

Les mêmes restrictions ayant été introduites par le gouvernement belge, dans son premier projet de loi, la cause des mineurs et des interdits trouva des défenseurs dans la Chambre des représentants : « Il est nécessaire, dit M. Lelièvre, d'accorder non seulement au majeur, mais aussi au mineur le droit de demander sa mise en liberté. Il est question d'intérêts et de droits personnels que le mineur est habile à faire valoir comme le majeur. Le mineur a également le droit de faire tout ce qui est nécessaire pour sauvegarder sa liberté ». M. de Broukère ajouta : « Mais, si c'est un tuteur qui a abusé de sa position, qui donc réclamera? Si c'est un mari qui a fait enfermer sa femme, qui réclamera? Le président du tribunal avisera, mais il ne faut défendre à personne de réclamer. »

Le gouvernement déclara que ces observations étant favorables à la liberté, il convenait de les accueillir, et dans ce but il proposa la rédaction suivante, qui fut adoptée : « Toute personne non interdite, retenue dans un établissement d'aliénés, ou toute autre personne intéressée « pourra, etc. » Les mots *toute autre personne intéressée*, semblaient, aux yeux de ceux qui faisaient la loi, ouvrir aussi largement que possible la porte aux réclamations légitimes.

Cependant, en Belgique même, on reconnut que cette interprétation n'était pas la plus naturelle, car l'exposé

des motifs du projet de revision du 13 novembre 1872 s'exprime ainsi :

« L'article 17 autorise, en cas de séquestration, le recours direct devant le président du tribunal, mais ce recours n'est permis, d'après la loi, qu'aux personnes non interdites.

« Ces derniers mots sont supprimés dans le projet actuel.

« Quelle que soit, au point de vue juridique, l'incapacité de l'interdit, il n'existe aucun motif qui permette de le priver du droit de pourvoir, lui-même, à la défense de sa liberté. »

Aussi, le texte définitif de la nouvelle loi belge ne porte-t-il plus aucune trace de restriction : il est ainsi conçu :
« Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés,
« ou toute autre personne intéressée, pourra, à quelque
« époque que ce soit, se pourvoir, etc. »

En France, on a aussi reconnu, depuis longtemps, que le droit de réclamation devait appartenir à toutes les personnes placées, sans exception, et plus d'une fois des magistrats ont cru devoir, en dépit du texte de la loi, examiner les réclamations formées par des interdits.

Plusieurs auteurs français se sont prononcés dans le même sens; leur opinion a été partagée par le gouvernement, car l'exposé des motifs du 25 novembre 1882 s'exprime ainsi : « Nous estimons qu'il n'est pas juste de refuser cette faculté de réclamation à l'interdit lui-même, alors que la loi l'accorde indistinctement à toutes les personnes placées dans les asiles. Nous vous proposons donc de la lui accorder. Le même droit serait donné également au procureur de la République, protecteur naturel de l'interdit. » En conséquence, le paragraphe en question du projet du gouvernement est rédigé de la manière suivante : « Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur, le procureur de la République

ou par l'interdit lui-même. » Et l'Académie de médecine a qualifié cette mesure d'*excellente innovation*.

La Commission sénatoriale, tout en adoptant l'idée du gouvernement, a pensé que nulle part cette idée n'était mieux exprimée que dans la loi belge.

Le rapporteur fait remarquer que « la longue énumération des : tuteur, curateur, parent ou ami, qui figure dans la loi française, est remplacée par cette formule plus courte et plus compréhensive : *toute autre personne intéressée*. La Commission sénatoriale, ajoute-t-il, propose d'emprunter cette formule à la loi belge ».

En résumé, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour déclarer que le droit de réclamation doit être donné à toutes les personnes placées dans un asile, sans aucune exception, et parmi les différents textes proposés pour exprimer cette idée, c'est celui de la loi belge de 1873 qui, par sa simplicité et sa généralité, paraît devoir mériter la préférence.

II.

MANIÈRE D'INTRODUIRE LA RÉCLAMATION

Le législateur de 1838 avait évidemment voulu rendre le recours au tribunal aussi accessible que possible, et il avait cru atteindre suffisamment ce but en disant : « la décision sera rendue sur simple requête. »

Cependant, dans la pratique, on n'a pas toujours été d'accord sur la manière d'interpréter ce texte. Le plus souvent, il est vrai, les magistrats, s'inspirant de l'esprit de la loi, admettent que la personne placée peut faire sa demande, soit par une lettre envoyée au président, soit même par une réclamation verbale adressée au procureur de la République, dans une de ses visites périodiques ; mais certains tribuaux exigent que la requête leur soit pré-

sentée par ministère d'avoué, ce qui complique singulièrement les choses, puisqu'il faut que l'avoué consente à se déplacer pour venir prendre à l'asile, les instructions de son client, et que, le plus souvent, ce dernier n'a pas à sa disposition la somme nécessaire pour fournir à l'avoué la provision que celui-ci ne manque pas d'exiger avant d'entamer la procédure. Que devient, dans ce cas, le droit permanent de se pourvoir, soi-disant accordé à toute personne placée dans un asile ?

Il y a là un inconvénient qui a été reconnu tant en France qu'en Belgique. Dans ce dernier pays, la loi de 1850 avait simplement, elle aussi, parlé de *requête*. Mais dans l'exposé des motifs du projet de revision de 1872, on reconnaît que cela ne suffit pas. « La question de savoir si le ministère d'un avoué était requis, y est-il dit, a donné lieu à controverse. Nous pensons que l'intervention de cet officier ministériel, outre qu'elle entraîne des frais, peut rendre illusoire, dans certains cas, la faculté accordée par l'art. 17. Pour faire cesser tout doute, le projet propose d'ajouter que la requête sera signée par la partie ou son fondé de pouvoir. »

Cette formule, qui a été votée, et qui fait partie de la loi de 1873, peut, cependant, laisser subsister encore un doute ; elle indique bien que la personne qui est placée dans un asile, et qui demande sa sortie au tribunal, peut faire cette demande elle-même, ou la faire faire par quelqu'un de son choix, sans intervention d'un avoué. Mais en est-il de même de la demande qui serait formée, non plus par la personne placée, mais par *toute autre personne intéressée* ? Pour ce cas, la question controversée n'est pas tranchée et l'incertitude persiste.

Le gouvernement français, dans son projet de revision de 1883, s'est proposé d'atteindre le même but, et il l'a fait d'une manière plus complète. L'art. 29, dit l'exposé des motifs, « ne tranche pas la question de savoir sous

quelle forme la personne placée dans un établissement d'aliénés pourra, en vue d'obtenir sa sortie, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement. Nous vous proposons la solution la plus favorable au malade, et nous vous prions de décider qu'il suffira que le réclamant adresse une demande sur papier libre au procureur de la République, qui devra, sans retard, saisir la chambre du conseil. Il ne pourra donc arriver, désormais, qu'une personne placée dans un asile se trouve, en fait, privée de l'exercice de son droit de réclamation, parce qu'elle ne sera pas à même de constituer un avoué et de fournir une caution. » La Commission sénatoriale a approuvé, sans modifications, la proposition ministérielle qui a l'avantage de dispenser du ministère d'un avoué, le *réclamant* quel qu'il soit, que ce soit la personne placée elle-même, ou toute autre personne intéressée.

Mais, le texte adopté, tout libéral qu'il est, peut, cependant, prêter encore le flanc à une légère critique. Pourquoi le *réclamant* doit-il forcément adresser la réclamation au procureur de la République ? Pourquoi ne pourrait-il plus, comme cela se fait presque toujours actuellement, écrire directement au président du Tribunal ? Nous pensons qu'il n'y a là qu'une omission involontaire, et que mieux vaudrait laisser au réclamant le droit de s'adresser, suivant son choix, à l'un ou à l'autre de ces deux magistrats.

III

QUELLES DOIVENT ÊTRE LES VÉRIFICATIONS NÉCESSAIRES ? LE DÉBAT DOIT-IL ÊTRE CONTRADICTOIRE ?

Le pourvoi une fois formé, la loi de 1838 porte que la décision sera rendue en chambre du conseil, et sans délai, après que le tribunal aura fait les *vérifications nécessaires*.

Cette dernière expression a l'avantage d'être élastique et

de laisser au tribunal toute liberté sur le choix des moyens de s'éclairer; cela est fort sage à certains égards, et il eût été imprudent de prescrire, pour tous les cas, un mode d'information identique. Dans certaines circonstances, par exemple, le pourvoi sera formé périodiquement par une personne manifestement aliénée et dangereuse, pour laquelle la nécessité du maintien à l'asile ne peut faire le moindre doute; les vérifications nécessaires se réduiront alors à fort peu de chose et le tribunal n'aura pas besoin de longues études pour se prononcer. Dans d'autres cas, au contraire, la question posée sera des plus obscures et des plus controversables. Le tribunal devra demander des rapports aux médecins de l'asile, faire faire des enquêtes au domicile de la personne placée, interroger lui-même cette personne, la faire examiner par des médecins experts, désignés par lui; les vérifications nécessaires seront alors prolongées et compliquées. Entre ces cas extrêmes, les degrés intermédiaires sont nombreux; il serait, on le voit, inutile et excessif d'imposer toujours, au tribunal, les mêmes formalités d'information, et il a été prudent de le laisser juge des vérificatious nécessaires.

Cependant les lois belges, tout en adoptant la même formule, ont introduit dans la procédure un supplément fort important. Celle de 1850 porte qu'avant que la décision ne soit rendue, « la requête devra être communiquée, au « préalable, au ministère public et par celui-ci au fonc« tionnaire ou à la personne qui aura provoqué la séques« tration. » La loi de 1873, en maintenant cette phrase, en a ajouté encore une autre : « Le tuteur de l'interdit « sera, dans tous les cas, entendu par le président. »

Ces mesures ont eu évidemment pour but de donner aux débats une sorte de caractère contradictoire, en permettant aux personnes qui ont provoqué le placement, que ce soit la famille ou le représentant de l'autorité publique, d'être au courant du pourvoi formé et de faire parvenir au

tribunal les renseignements et observations qui peuvent être de nature à l'éclairer sur les conséquences possibles de sa décision. Le tribunal n'est pas moins libre, mais les précautions nécessaires sont prises pour qu'il soit mieux instruit.

Les passages des lois belges, dont il est ici question, ont été, tant en 1850 qu'en 1873, proposées par le gouvernement belge et votés par le parlement, sans discussion.

Le projet français de revision de 1883 ne prévoit rien de semblable; mais les dispositions spéciales de la loi belge ont frappé l'attention de la commission sénatoriale, qui les a adoptées. Le rapport de M. Roussel contient, à cet égard, le passage suivant qui a une importance pratique très considérable : « Il faut remarquer que, si la loi française, dans le libéralisme dont son article 29 est empreint, autorise n'importe quel malade à provoquer un examen de son état mental par le tribunal, et cela aussi souvent que ce malade peut en avoir envie, en fait, les réclamations de ce genre ne se produisent que lorsque les autres moyens de mise en liberté ont été l'objet d'une opposition de la part du médecin, de la famille ou du préfet. On comprend, dès lors, combien il importe que ces différentes personnes soient averties de la réclamation adressée au tribunal, et soient mises en situation de présenter, en temps utile, leurs observations à ce tribunal; la même facilité doit être donnée au tuteur de l'interdit. La commission a pensé que ces précautions de la loi belge méritent d'être introduites daas la loi française. »

Cette mesure est très sage, et il est à désirer qu'elle soit adoptée.

IV

FRAIS DU JUGEMENT.

Le droit de réclamation devant les tribunaux aurait été, le plus souvent, illusoire, si son exercice était resté subordonné au paiement de frais de justice et d'enregistrement plus ou moins élevés. Les personnes placées dans les asiles sont en grande majorité indigentes ; parmi les autres, la plupart n'ont pas d'argent à leur disposition.

Pour que la revendication de la liberté individuelle ne fût pas subordonnée à des difficultés pécuniaires, la loi de 1838 ordonna que toutes les pièces de la procédure fussent visées pour timbre et enregistrées en *debet;* c'est-à-dire que le fisc n'avait à demander le payement immédiat d'aucun droit, et qu'il se réservait seulement la faculté de réclamer, ultérieurement, le montant de ces droits, à ceux qui auraient le moyen de les payer.

La loi belge, adoptant le même principe, eut le mérite de l'appliquer d'une manière plus complète, en disant : « Tous les actes judiciaires ou extrajudiciaires à faire dans « les cas prévus par le présent article seront visés pour « timbre et enregistrés gratis. »

Dans son projet de revision de 1882, le gouvernement français a montré que, lui aussi, il voulait débarrasser le droit de réclamation de tout obstacle pécuniaire, car il a dit : « La décision sera rendue sans aucuns frais » ; mais en même temps, par une singulière contradiction, il laissait subsister le paragraphe prescrivant l'enregistrement en *debet.*

La commission sénatoriale s'est occupée de cette question avec sa sollicitude habituelle ; le passage suivant du rapport de M. Boussel montre, par les arguments les plus

rigoureux, ce que la loi française laisse encore à désirer, malgré la bonne intention du législateur.

« Les actes enregistrés en *debet*, dit-il, font l'objet des réclamations de l'administration de l'enregistrement, toutes les fois que celle-ci espère être remboursée. Ces réclamations s'adressent soit à la famille de l'aliéné, soit, si l'aliéné est placé dans un asile public, au receveur de l'asile, détenteur possible de fonds appartenant à l'aliéné.

« Dans le premier cas, la famille peut être justement mécontente de payer des frais pour des actes à la confection desquels elle n'a pris aucune part, qu'elle a jugés inutiles, et qui peuvent se répéter plusieurs fois, puisque le renouvellement des demandes de sortie, adressées au tribunal, n'est assujetti à aucun délai légal.

« Dans le second cas, lorsque le fisc exige du receveur de l'asile le payement d'une somme d'environ 60 fr. à prélever sur l'avoir d'un malade, ou sur les ressources éventuelles d'un malheureux admis comme indigent, l'application de la loi devient fort dure. Elle l'est d'autant plus que souvent les demandes de sortie, et leurs répétitions, ne sont qu'une des manifestations de la maladie de celui qui les forme, en sorte que la réclamation d'un droit d'enregistrement semble devenir, en pareil cas, un impôt frappé sur la folie elle-même.

« Ces inconvénients ont provoqué des plaintes et ces plaintes semblent devenues plus fréquentes depuis que l'enregistrement se montre plus sévère dans ses exigeances fiscales. »

A ces griefs, si nettement exprimés et si réellement pratiques, la commission sénatoriale n'a pas manqué de prescrire un remède, et elle l'a trouvé tout formulé dans la loi belge, dont elle a adopté, textuellement, le paragraphe cité plus haut, et d'après lequel tous les actes relatifs aux demandes de sortie sont enregistrés *gratis*.

V

LE JUGEMENT EST-IL SUSCEPTIBLE D'APPEL ?

Les jugements rendus par la chambre du conseil du tribunal de première instance sont rarement frappés d'appel ; le fait se produit cependant quelquefois, et certains aliénés réclamateurs, après avoir vu les premiers juges repousser leur demande de sortie, cherchent à faire réformer ce jugement par la cour. Celle-ci se trouve alors assez embarrassée, car, au point de vue juridique, la question de compétence est, paraît-il, fort controversable.

Cette difficulté n'avait pas échappé à l'attention du législateur de 1838, et elle avait donné lieu, à cette époque, dans les deux Chambres, à des discussions trop longues et trop techniques pour être rapportées ici. Il suffira, pour les résumer, d'emprunter au dernier rapport présenté à la Chambre des pairs par M. de Barthelémy, les lignes suivantes :

« Sur la proposition d'un honorable premier président, la Chambre avait placé, dans ce même article 29, une disposition relative à l'appel ; le délai avait été réduit à quinzaine ; pour le faire courir une signification a paru nécessaire. Cette signification à qui, et par qui devait-elle être faite ? C'était presque impossible à déterminer, puisque les jugements de cette nature, rendus sur requête, le sont sans qu'il y ait d'adversaire en cause. Ces difficultés de procédure ont amené la suppression de tout ce qui avait trait à l'appel. Nous avons dû adhérer à ce retranchement. »

En Belgique, on a aussi beaucoup discuté cette question de l'appel, et on l'a tranchée autrement qu'en France ; mais les solutions adoptées en 1850 et en 1873 ont beaucoup différé l'une de l'autre.

La loi de 1850, après avoir indiqué de quelle manière doit être rendue la décision en première instance, ajoute : « Il sera statué, dans la même forme, sur l'appel qui « pourra être interjeté par la personne séquestrée. »

On voit qu'ici, la personne séquestrée seule a le droit d'interjeter appel, et qu'aucune modification n'est apportée aux délais ordinaires.

Dans la loi de 1873, au contraire, le paragraphe correspondant est ainsi rédigé : « Il sera statué, dans la même « forme sur l'appel qui pourra être interjeté dans le délai « de cinq jours, tant par la personne colloquée que par « celle qui a provoqué la collocation et par le tuteur de « l'interdit. »

D'après ce dernier texte, le délai d'appel se réduit à cinq jours, sans qu'il soit fait mention des formalités de signification, et le droit d'appel, au lieu d'être réservé à la personne placée dans l'asile, est étendue à celle qui a demandé son placement, et au tuteur de l'interdit. Mais cette extension ne doit-elle pas être considérée comme illusoire ? En effet, si le tribunal ordonne la sortie d'une personne placée, la mise en liberté doit être immédiate. Dès lors, dans le cas où un tiers userait du droit de se pourvoir devant la cour contre cette décision, on se demande quelle sanction pratique aurait un arrêt de la cour réformant le jugement de première instance? Comment pourrait-on reprendre le malade, une fois qu'il serait sorti, pour le réintégrer de force dans l'établissement?

La procédure belge, dans cette question d'appel est donc loin d'offrir la même simplicité et les mêmes avantages que dans plusieurs des autres questions qui viennent d'être examinées. Aussi, le gouvernement français, dans son projet de revision de 1882, n'a-t-il proposé aucune modification à l'état de choses existant.

La commission sénatoriale, frappée des interprétations contradictoires auxquelles cette question a donné lieu,

aurait voulu, dit-elle, « sortir de cette incertitude, en fixant la légalité dans un sens ou dans un autre. Quelques-uns de ses membres inclinaient à admettre le droit d'appel, en l'accordant, bien entendu, aux deux parties et non à une seule. Après mûr examen, elle a reconnu que cette faculté d'appel serait une source de complications, dans une matière où il importe particulièrement de les éviter; elle n'aurait, du reste, que bien peu d'avantages, puisque le principal intéressé peut renouveler, autant qu'il lui plaît, sa réclamation au tribunal. La commission a décidé, comme le gouvernement, de maintenir la situation actuelle. »

Il n'est donc pas plus fait mention d'appel, dans l'art. 50 du projet de loi du Sénat, que dans l'art. 29 de la loi de 1838. Mais la difficulté se trouve néanmoins tranchée, d'une manière indirecte, dans une autre partie de la loi; en effet, la commission sénatoriale qui a prévu l'intervention de la chambre du conseil des tribunaux civils dans beaucoup d'autres circonstances relatives aux aliénés, et qui, d'une manière générale, a reconnu l'avantage d'éviter de recourir à l'appel, a ajouté à l'art. 66 de son projet, un second paragraphe entièrement nouveau et ainsi conçu :

« Les décisions des jugements de la chambre du conseil,
« rendues en vertu de la présente loi, ne sont pas suscep-
« tibles d'appel. »

Cette mesure s'applique naturellement aux décisions rendues dans les cas de demandes de sortie, comme à toutes les autres, et ainsi se trouvent tranchées les incertitudes et controverses auxquelles il a été fait précédemment allusion.

Cette solution est assurément la plus simple, et il ne semble pas que, dans la pratique, elle doive avoir des inconvénients; elle doit donc être préférée.

CONCLUSIONS

Le droit donné à toute personne placée dans un asile d'aliénés, de se pourvoir, à quelque époque que ce soit, devant le tribunal civil, pour réclamer sa mise en liberté, droit consacré par l'article 29 de loi française du 30 juin 1838, et par l'article 17 des lois belges de 1850 et de 1873, constitue une garantie très précieuse, à la fois pour les malades et pour les médecins des asiles d'aliénés.

L'excellence du principe commun à ces deux articles étant reconnue, mais plusieurs des dispositions de détail, relatives à l'application de ce principe, étant différentes dans les deux pays, il importe de rechercher, parmi les diverses solutions adoptées, quelles sont celles qui doivent être préférées.

Des considérations qui viennent d'être exposées dans le présent travail, sur chacun des points de pratique où il existe des variantes, il résulte à mon avis, que :

1° Le droit de réclamation doit être accordé indistinctement à toutes personnes placées ; par conséquent, il ne doit pas être fait exception en ce qui concerne les mineurs et les interdits.

2° Il doit être permis aux personnes placées de former leur réclamation d'une manière aussi simple que possible, et n'entraînant aucuns frais, c'est-à-dire par une simple lettre directement adressée au président du tribunal ou au chef du parquet, sans que l'intermédiaire d'un avoué soit nécessaire.

3° Les personnes qui ont provoqué le placement, que celui-ci ait été volontaire ou ordonné par l'autorité publique, doivent être averties de la demande de sortie formée par la personne placée, afin qu'elles puissent faire parvenir, s'il y a lieu, leurs observations au tribunal.

4° Le droit de réclamation devant le tribunal ne doit être subordonné à aucune obligation pécuniaire ; par conséquent les actes qui s'y rapportent doivent être enregistrés, non pas seulement en *debet,* mais d'une manière complètement gratuite.

5° Les décisions prises en chambre du conseil par les tribunaux civils, sur les réclamations demandant la sortie des personnes placées dans un asile d'aliénés, ne doivent pas être soumises à l'appel.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ANNÉE 1885.

Société de médecine de Berlin (1).

SÉANCE DU 1er JUILLET 1885.

Syphilis et paralysie générale.

M. *Mendel* rappelle que le Congrès de Copenhague, tenu en 1884, a montré combien les opinions sont encore divergentes sur la question des relations qui lient la syphilis et la paralysie générale. Mais depuis quelques années les observations se sont multipliées, et ces relations ressortent clairement des statistiques établies. Il est évident que la statistique des grands asiles publics ne peut être utilisée, car les malades qui s'y trouvent en traitement ont généralement les facultés et en particulier la mémoire trop affaiblies pour se rappeler s'ils ont eu ou non la syphilis dix ou quinze ans auparavant. Il en est tout autrement des asiles privés; là le médecin de la famille, les amis du malade, peuvent donner les renseignements nécessaires. C'est ainsi que Reinhard, de Hambourg, qui n'est cependant pas favorable à l'idée d'une relation de cause à effet entre la syphilis et la paralysie générale, a constaté que dans les classes élevées de la société la paralysie générale a été précédée dans 73,3 pour 100 des cas de syphilis, dans les basses classes seulement dans 16,7 pour 100 des cas. Il est probable que chez les malades de cette dernière catégorie Reinhard n'a pas pu établir exactement les antécédents. Mais assez de chiffres! C'est en se basant sur eux que certains auteurs nient toute relation entre la syphilis et la paralysie générale, que d'autres affirment que tout paralytique général est nécessairement un syphilitique.

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, nº du 9 octobre 1885.

Mendel n'admet comme sérieuses que deux objections à sa manière de voir, relative aux relations qui existent entre ces deux états morbides. La première, c'est que chez les paralytiques généraux, il est très rare de rencontrer des lésions syphilitiques dans d'autres organes; la seconde, que le traitement spécifique n'apporte aucune amélioration à l'état des paralytiques. Il est vrai que l'on ne trouve de lésions syphilitiques dans les autres organes que dans environ 10 pour 100 des cas de paralysie générale; mais il faut remarquer que dans des cas de syphilis non douteuse de l'encéphale, de gommes par exemple, il est souvent impossible de trouver des traces de syphilis dans d'autres organes; ce fait a reçu une nouvelle confirmation récemment par Jürgens, dans les Charité-Annalen. Quant à la seconde objection, elle est irréfutable; le traitement spécifique est impuissant contre la paralysie générale, on verra plus loin pourquoi.

Aussi Mendel a-t-il cherché par une autre voie à démontrer la dépendance des deux états morbides. Il rappelle les expériences qu'il a relatées devant la Société l'année précédente, expériences destinées à faire voir comment on peut arriver par voie mécanique à provoquer une affection chronique du cerveau. Lorsqu'on attache un chien sur une table, la tête vers la périphérie de celle-ci, et qu'on imprime une rotation continue à la tablette au moyen d'une manivelle, à raison de 120 à 130 rotations par minute, le chien périt au bout de vingt-cinq à trente minutes. A l'autopsie on trouve de l'hyperémie générale et de l'hémorrhagie des méninges. Mais si l'on ne fait tourner l'animal que pendant huit à neuf minutes avec une vitesse moindre, soit 100 à 110 fois, et qu'on répète ce traitement pendant une quinzaine de jours, le chien finit par présenter des symptômes d'une affection cérébrale. Si alors on le laisse libre, on remarque de l'ataxie, de la parésie des membres, du nerf facial, des muscles du tronc et de la nuque, une modification de l'aboiement et un trouble de la sécrétion urinaire; enfin l'animal meurt au bout de plusieurs mois avec tous les symptômes de la paralysie générale. Les résultats de l'autopsie sont ceux qu'on observe habituellement dans cette maladie : pachyméningite, arachnitis adhésive chronique, hydrocéphalie interne et encéphalite corticale interstitielle.

Mendel se demanda si une hyperémie même modérée ne serait pas capable de produire les mêmes troubles, du moment qu'on aurait préalablement augmenté la perméabilité des

parois des vaisseaux. Il pratiqua chez des chiens des injections de sublimé, substance qui, comme l'a démontré Popow, provoque des altérations du côté des vaisseaux du système nerveux central. L'un des chiens reçut du 11 octobre au 7 novembre 1883 journellement une demi-seringue d'une solution de 0gr,025 de sublimé pour 50 grammes d'eau, puis à partir du 7 novembre fut soumis tous les jours à la rotation modérée pendant quelques minutes; il mourut le 11 novembre et l'on trouva de nombreuses hémorrhagies dans les couches corticales du cerveau. Un autre chien reçut du 30 octobre au 4 décembre journellement trois quarts de seringue de la même solution, puis jusqu'au 10 février fut abandonné à lui-même; à cette date il fut soumis à 80-90 rotations par jour pendant trois à quatre minutes; au bout de cinq jours il mourut avec les symptômes de la paralysie générale. Ainsi dans les deux cas, grâce à l'altération préalable des vaisseaux, une hyperémie cérébrale bien moindre fut nécessaire pour produire les accidents en question.

Mendel fait l'application de ces faits à l'homme; d'après lui, dans un grand nombre de cas, la paralysie générale aurait sa raison d'être dans une altération préalable des vaisseaux encéphaliques, dont les parois sont devenues plus perméables et, sous l'influence d'une hyperhémie active, ont livré passage à des globules sanguins, point de départ d'une inflammation du tissu interstitiel. Le premier point, celui qui concerne l'altération préalable des vaisseaux, est démontré pour la plupart des cas de paralysie générale; dans certains cas, ceux où la maladie a été *galopante*, on trouve même une altération primitive des vaisseaux. Quant à la question de savoir si l'altération des vaisseaux est d'origine syphilitique, il est plus difficile de le démontrer. Déjà Virchow, dans le tome XV de son *Archiv*, a fait voir qu'il est impossible de distinguer l'inflammation gommeuse des parois vasculaires de l'endartérite chronique simple avec sclérose consécutive. Les caractères différentiels signalés par Heubner entre les lésions syphilitiques et non syphilitiques des vaisseaux encéphaliques sont erronés. La difficulté est encore augmentée par ce fait que les lésions syphilitiques du cerveau peuvent exister sans qu'il y ait de traces d'altérations dans les autres organes.

Mendel cite des cas où il a observé des altérations des vaisseaux encéphaliques chez des syphilitiques, morts, l'un de tuberculose aiguë, l'autre, un hypochondriaque, par suicide;

il n'y avait pas chez ces malades de symptômes de paralysie générale; mais cet auteur suppose que les altérations vasculaires en question constituent le lien entre la paralysie générale et la syphilis préexistante. A l'appui de son dire, il rappelle que souvent avant l'explosion des symptômes de paralysie générale, on remarque des paralysies temporaires des muscles de l'œil et des accidents apoplectiques également transitoires, qui ne peuvent dépendre que d'altérations vasculaires, à cause même de leur caractère fugace.

Reste à expliquer les hyperémies nécessaires à la production des lésions corticales. On a reconnu depuis longtemps que la paralysie générale a été précédée, dans un grand nombre de cas, par une excessive vanité, des espérances déçues, des chagrins et des préoccupations, etc. Or toutes les émotions, comme l'a démontré Mosso entre autres, sont susceptibles de déterminer des hyperémies cérébrales actives, et, par suite, de donner lieu aux accidents décrits plus hauts.

Ainsi, altération des vaisseaux encéphaliques par la syphilis ou par toute autre cause, nicotine, alcool, mercure, etc.; puis hyperémies actives, fréquentes, par émotions excessives, traumatisme, chaleur intense, etc., voilà les facteurs nécessaires à la production de la paralysie générale.

Il n'est pas étonnant que le traitement spécifique reste sans résultat dans cette maladie; il ne s'agit plus, en effet, d'une altération syphilitique, mais d'une inflammation simple résultant en partie de l'altération syphilitique des vaisseaux encéphaliques. Peut-être l'ergotine ne serait-elle pas sans utilité pour modifier la lésion vasculaire.

— M. *Westphal* combat vivement les opinions de Mendel; il rejette tout d'abord, comme sans valeur, toute donnée statistique, et affirme que la découverte de lésions syphilitiques dans les autopsies d'aliénés de toute sorte constitue une haute rareté, et que le chiffre de 10 pour 100 indiqué par Mendel pour les paralytiques généraux est beaucoup trop élevé. Comme, d'autre part, il n'y a pas de criterium permettant de reconnaître les altérations syphilitiques des vaisseaux, toute conclusion de ce chef est prématurée. Du reste, Mendel ne s'est pas exprimé sur le calibre des vaisseaux atteints; les vaisseaux volumineux ne sont presque jamais malades chez les paralytiques généraux; quant aux petits vaisseaux, il n'a même pas décrit l'altération qu'ils présentent; il s'agit probablement d'une hypertrophie de la tunique adventice, altération qui se présente dans bien des

circonstances et n'a pas sur la circulation l'influence que lui attribue la théorie. Quant aux émotions violentes, elles figurent comme facteur étiologique non seulement de la paralysie générale, mais d'une foule d'autres formes d'aliénation mentale.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1884

Analyse par M. le Dr CAMUSET

L'Encéphale.

1° *De la folie de la puberté ou hébéphrénie*; par M. Ball, professeur à la faculté de Médecine. Leçon faite à Sainte-Anne et recueillie par le Dr Ch. Vallon, chef de clinique (n° 1).

Dans cette leçon, M. le professeur Ball donne d'abord la description de l'*hébéphrénie* d'après Hecker et Kahlbaum : c'est une psychose des héréditaires, quoique l'hérédité ne soit pas un facteur absolument indispensable. La forme du délire est déterminée par l'éducation, les souvenirs, le milieu. La maladie apparaît de seize à vingt ans. Les filles y sont plus exposées que les garçons. Parmi les causes, on note l'onanisme, une éducation trop sévère et trop soignée, surtout au point de vue religieux, les excès de travail intellectuel. Le début est parfois brusque mais le plus souvent il est progressif. Il y a d'abord un état mélancolique, interrompu par des phases de gaîté, quelquefois des persécutions et des hallucinations de l'ouïe. Le délire n'est pas constant, mais il y a presque toujours tendance aux idées exaltées, soit en religion, soit en politique, et des pensées érotiques très bizarres. Des périodes de stupeur peuvent remplacer l'exaltation et même alterner avec elle. Le pronostic est très grave, car si la démence n'est pas fatale elle est très fréquente et elle survient de bonne heure, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est tardive.

M. Ball expose ensuite ses idées personnelles sur l'hébéphrénie, soit dans des digressions éparses dans sa description de la maladie, soit à la fin de sa leçon, dans ce qu'on peut appeler la péroraison. Pour lui, on a dû souvent comprendre l'hébéphrénie dans la *folie précoce*, mais cependant à Paris la folie réellement provoquée par le fait de l'établissement de la puberté n'est pas très rare. Du reste le diagnostic de cette affection est loin d'être facile : les sujets sont souvent des faibles

d'esprit et la frontière est mal tracée entre la folie de la puberté, la folie impulsive et l'insanité morale des jeunes enfants.

2° *Des délires instantanés transitoires consécutifs à des crises épileptiques au point de vue médico-légal*; par M. Motet (n° 1).

On connaît l'opinion de Lasègue sur l'épilepsie : « L'épilepsie vraie reconnaît pour cause une malformation du crâne. Cette malformation appartient à la période de consolidation des os du crâne. Elle se développe de la douzième à la vingtième année ; elle a pour expression symptomatique la plus habituelle l'asymétrie de la face indiquant l'asymétrie de la base du crâne, laquelle entraîne des compressions irrégulières de la base du cerveau. » A côté de l'épilepsie et ayant avec elle d'étroites affinités, il existe un groupe nombreux d'états vertigineux ou convulsifs, mais ces troubles manquent de cette sorte de fatalité pathologique qui n'appartient qu'aux états constitutionnels et qui fait que le retour de ces derniers les représente toujours identiques à eux-mêmes. — Ces états épileptoïdes, de mieux en mieux connus aujourd'hui, dépendent de causes diverses : maladies de l'encéphale ou des méninges, hystérie, traumatisme, etc... La variété la plus importante au point de vue médico-légal est l'épilepsie traumatique qui affecte les formes les plus variables. Les sujets atteints, les *cérébraux*, comme les a dénommés Lasègue, à la suite d'un traumatisme cérébral plus ou moins grave, ont leurs fonctions cérébrales troublées tantôt d'une manière continue, tantôt par accès survenant par le fait d'un malaise ou d'une excitation quelconque. Il arrive souvent que les cérébraux sont sujets à des impulsions inconscientes survenant dans le cours d'un accès transitoire, ils peuvent alors commettre des actes criminels ou délictueux dont ils sont absolument irresponsables.

M. Motet relate deux observations typiques de délire impulsif transitoire chez des cérébraux poursuivis en raison des faits commis pendant leurs accès. Conformément à ses conclusions, les deux malades furent acquittés.

Le premier sujet, à l'âge de onze ans, reçut un coup violent sur la tête, à la suite duquel il resta trois jours sans connaissance. Il guérit, mais à partir de ce moment son équilibre cérébral fut détruit. Il présenta alors des crises variables, tantôt franchement convulsives, tantôt spasmodiques, tantôt vertigineuses et toujours dissemblables. Une excitation morale ou

physique en était toujours la cause déterminante. Pendant une crise vertigineuse il mutila deux chevaux en leur introduisant le bras dans le rectum et en leur déchirant les intestins. L'acte accompli, il n'en conserva pas le moindre souvenir.

Le second, d'une bonne santé, non héréditaire, fit une chute dont les conséquences furent des plus graves : fracture de la colonne vertébrale, fracture de la jambe et commotion cérébrale. Il resta longtemps sans connaissance et recouvra lentement l'intelligence, mais sans avoir jamais le souvenir de sa chute. Depuis lors, il fut sujet à des absences et à des accès bizarres, caractérisés par un irrésistible besoin de marcher. Il allait droit devant lui pendant un jour ou deux, s'arrêtant un peu instinctivement pour le repos, puis il reprenait sa course vagabonde. Quand la crise était passée, il se trouvait accablé de fatigue dans un lieu inconnu, sans savoir comment il y était venu. Un jour, il partit de chez lui en pantoufles en emportant 1,500 fr. appartenant à son patron. Il prit le chemin de fer et alla à Marseille, puis à Toulon. De Toulon il revint à Lyon et repartit une seconde fois pour Toulon. De cette dernière ville enfin il revint directement à Paris. L'accès était fini. — Poursuivi pour vol, cet homme fut acquitté.

3° *Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole (fausse ataxie)* ; par M. Quinquaud, agrégé, médecin des hôpitaux. (n° 1).

Ce mémoire étayé sur une série d'observations, dont plusieurs sont personnelles à l'auteur, peut être résumé ainsi :

1° On rencontre parfois dans le cours de la variole et à toutes ses périodes, qu'elle soit grave ou qu'elle soit légère, des hallucinations de la vue et de l'ouïe dont les malades comprennent l'inanité et des accidents vésaniques caractérisés par de la dépression intellectuelle, de la stupeur. Ces désordres disparaissent et n'ont pas en général une longue durée.

2° A la suite de la variole on peut observer des anesthésies et des hyperesthésies associées ou non à une paralysie motrice. L'évolution des troubles de la sensibilité est très lente, mais la guérison est la règle.

3° Des phénomènes ataxiques se rencontrent aussi quelquefois consécutivement à la variole. Ils sont presque toujours précédés de désordres cérébraux ; puis surviennent des troubles de la parole analogues à ceux de la paralysie générale, du tremblement de la tête, de l'incoordination des mouvements

dans les membres supérieurs et inférieurs, la force motrice étant souvent conservée. L'occlusion des yeux n'augmente pas l'incoordination et il n'y a pas de douleurs fulgurantes. Ces phénomènes ataxiques ont une longue durée, mais ils tendent à la guérison.

4° Dans un cas de fausse ataxie il existait une névrite parenchymateuse périphérique : multiplication nucléaire et globulisation de la myéline qui par places était réduite en fines granulations.

4° *De l'état des forces chez les paralytiques généraux*; par le Dr Descourtis (n° 1).

L'auteur a étudié au dynamomètre ordinaire la force musculaire de 54 paralytiques généraux. Les mesures prises sur chaque malade ont été nombreuses et il s'est efforcé d'éviter les causes d'erreur inhérentes à l'instrument ou imputables à l'individu. Il est arrivé aux résultats suivant : Les forces des paralytiques généraux sont diminuées le plus souvent dès le début de la maladie. — L'affaiblissement porte sur les deux côtés, mais il y a moins d'écart entre la force de la main droite et celle de la main gauche qu'il n'y en a à l'état normal, preuve que c'est le côté droit qui est le plus atteint et que la lésion porte surtout sur l'hémisphère gauche. — La déchéance des forces ne suit pas une marche continue, cependant chez les sujets qui ont des attaques il y a, de suite après l'attaque, paralysie absolue, et les forces reviennent petit à petit sans atteindre le point où elles étaient auparavant. Mais chez ceux qui n'ont pas d'attaques, il y a des alternatives irrégulières de haut et de bas, et des écarts parfois considérables font bien voir que, même en l'absence d'attaques, la paralysie générale procède par poussées successives. — Il arrive parfois que les deux côtés s'équilibrent, ou bien qu'un côté recouvre une énergie inaccoutumée, tandis que les forces de l'autre déclinent. -- Les accidents de gâtisme ne sont pas dus à une impuissance générale de l'organisme; on les observe alors que les forces sont encore élevées, de même qu'ils peuvent manquer alors que le dynamomètre marque un chiffre très bas.

5° *Hémorrhagie et ramollissement de la couche optique, anesthésies sensorielles;* par le Dr Rousseau (n° 1).

6° *Etude photographique des lésions du tabes dorsalis (avec deux photographies);* par J. Luys (n° 1).

7° *Un cas d'othématome chez un lypémaniaque*; par Georges Bellangé (n° 1.)

On n'a pas pu trouver de cause traumatique à cet hématome. — Un examen histologique intéressant montre que le sang s'est épanché, non pas entre la périchondre et le cartilage, mais dans l'épaisseur même de ce dernier. — Le procédé de technique histologique que l'auteur a suivi mérite d'être noté : coupes minces ; double coloration par l'hématoxyline et le carmin ; deshydratation et éclaircissement par la créosote, Les noyaux sont teints en violet, le tissu conjonctif en rose et le protoplasma tranche par son défaut de coloration.

8° *Deux cas de folie améliorés chacun par un anthrax. —Asile de Bassens*; par M. Ausier, interne (n° 1).

9° *Des lésions de la moelle et du bulbe dans l'ataxie locomotrice progressive*; — Leçon faite à l'hôpital Laennec, par M. Damaschino, professeur à la faculté (n° 2).

M. Damaschino indique rapidement les lésions du tabes dorsalis et il décrit un nouveau procédé de technique histologique qui lui est personnel; c'est la partie originale de sa leçon. — Les coupes de la moelle sont appliquées sur des lames de verre et exposées à la vapeur d'acide osmique pendant un certain temps; les parties des faisceaux non sclérosées deviennent noires et les parties sclérosées deviennent d'un gris plus ou moins pâle, selon le degré d'évolution de la sclérose.

10° *Affaire Jean Soulas. Condamnation d'un individu accusé de vols qualifiés bien que reconnu aliéné et par conséquent irresponsable. — Rapport de cette affaire avec l'article 33 du projet de loi sur les aliénés;* par le Dr Marandon de Montyel, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon (n° 2).

Jean Soulas, entaché d'hérédité double, est un épileptique dont les crises sont exclusivement caractérisées par des vertiges. En plus, il est sujet à des impulsions irrésistibles : à un moment donné, il se cache dans des endroits déserts, dans des caves, et il y demeure sans manger un temps plus ou moins long, ou bien il erre à l'aventure dans la campagne, se cachant le jour et s'introduisant la nuit dans les maisons isolées pour y voler et pourvoir ainsi à sa subsistance. La crise finie, il en con-

serve le souvenir, mais il ne peut expliquer les motifs qui l'ont fait agir.

Poursuivi pour vols dans des maisons habitées, ce malade est condamné. Le procureur de la République avait pourtant abandonné l'accusation après la déposition de M. Marandon de Montyel, et les jurés étaient parfaitement convaincus de l'irresponsabilité de l'accusé ; mais ils ne voulaient sous aucun prétexte laisser en liberté un individu aussi dangereux.

Des faits de ce genre devraient désormais devenir impossibles ; mais l'auteur constate avec peine que l'article 33 du projet de loi sur les aliénés laisse les choses dans l'état actuel. D'après cet article, les accusés relaxés comme irresponsables, à cause de leur état mental, ou qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu, pour la même raison, sont mis à la disposition de l'autorité administrative qui, *après les vérifications nécessaires,* les fait placer, *s'il y a lieu,* dans un établissement d'aliénés. « Cet article ainsi rédigé, s'il est voté, n'entraînera qu'embarras, conflits, et irrégularité. »

11° *De l'hallucination ;* par le Dr Hallopeau, professeur agrégé, médecin de Saint-Louis (n° 2).

Cet article fait partie du *Traité élémentaire de pathologie générale* de M. Hallopeau. C'est une description claire et rapide de l'hallucination, suivie de diverses théories de ce phénomène morbide.

12° *Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale* ; par le Dr Girma, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Pau (n° 2).

Voici les conclusions de ce travail basé sur huit observations : — L'ergotine employée avec persévérance, à la dose de 1 à 6 grammes par jour, combat l'hyperémie cérébrale et divers troubles fonctionnels qui paraissent en être la conséquence (excitation, délire violent, embarras de la parole, insomnie). — Administrée à la période initiale (période congestive), elle peut aussi avoir pour résultat la guérison complète de la maladie. — A une période plus avancée, elle constitue encore un sédatif puissant, peut prévenir les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, ou au moins en atténuer les effets. — Elle régularise les fonctions digestives des malades. — A la dose de deux à quatre grammes par jour, pendant trois ou quatre mois, elle n'engendre pas de phénomènes graves d'ergotisme.

13° *La médecine mentale et l'institution du concours;* par M. Ball (n° 3).

Ce plaidoyer de M. le professeur Ball en faveur de l'institution du concours pour les médecins des établissements publics d'aliénés est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'en faire l'analyse.

14° *Des troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie de cause cérébrale;* par le Dr A. Legroux, professeur agrégé, médecin de Laennec, et le Dr Brun, ancien interne des hôpitaux (nos 3 et 4).

On sait que la partie postérieure de la capsule interne est occupée par les fibres conductrices des impressions sensibles et que, quand elle est lésée, il y a hémianesthésie; on sait aussi d'une façon générale que les régions postérieures de l'écorce cérébrale sont dévolues à la sensibilité, mais voilà tout, et il y a loin de là aux notions exactes qu'on possède sur les troubles de la motilité dans les lésions cérébrales.

Les auteurs de cet article se sont efforcés de combler en partie la lacune qui existe dans la science.

Ils ont noté minutieusement les troubles de la sensibilité chez les sujets atteints d'hémiplégie récente d'origine cérébrale et ils sont arrivés à les diviser en cinq catégories. De l'examen comparatif des observations, il résulte plusieurs données intéressantes : L'anesthésie dans aucun cas ne suit un trajet nerveux nettement déterminé. — L'anesthésie se déplace et oscille, dans certains cas, sans qu'il soit possible de trouver une cause à ce singulier changement. (D'où on peut déduire que les troubles sensitifs dans l'hémiplégie ne répondent pas à une altération fixe et localisée de l'écorce.) — La paralysie motrice progresse souvent pendant deux ou trois jours, avant d'arriver à son summum d'intensité, tandis que c'est le plus souvent d'emblée que la sensibilité est atteinte autant qu'elle doit l'être. — Il n'est pas rare, que pendant que les troubles moteurs augmentent, les troubles sensitifs diminuent. — Une fois constituée, l'anesthésie est loin de présenter la fixité de la paralysie musculaire. — L'anesthésie présente donc quelque chose de superficiel qui autorise à tenter des essais thérapeutiques que la croyance d'une lésion de *centre sensitif* devait faire repousser. Et l'expérience prouve que ces vues théoriques sont exactes. On sait, en effet, que les aimants ou les piqûres de la peau peuvent faire réapparaître la sensibilité sur un membre paralysé,

chez un hémiplégique, alors même que cette sensibilité n'existait plus depuis longtemps.

En somme, les anesthésies dans les lésions corticales ressemblent singulièrement aux anesthésies hystériques, syphilitiques, toxiques, et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques. « En voyant la multiplicité des causes qui peuvent donner naissance à ce même phénomène d'anesthésie, il semble que celui-ci soit sous la dépendance d'une irrigation défectueuse, incomplète ou exagérée, puisant sa source, soit dans une altération sanguine, soit dans une modification de la pression dans les vaisseaux. »

Conclusion : Si dans l'hémiplégie, des lésions nettement définies peuvent produire des troubles sensitifs (lésions capsulaires), certaines anesthésies doivent être sous la dépendance d'un état congestif ou anémique de la substance cérébrale (anesthésies d'origine corticale).

15° *De la locomobilité du cerveau ;* par M. J. Luys (nos 3 et 4). Mémoire lu à l'Académie de médecine et analysé dans les *Annales médico-psychologiques* (1885).

16° *Examen médico-légal de l'affaire T... Opposition au mariage et instance en interdiction* ; par M. Legrand du Saulle (n° 3).

Les demandeurs alléguaient que T... était en état de démence habituelle et accidentellement, par exception, en état lucide; qu'il existait chez lui une cause permanente d'hérédité de folie, sa mère étant aliénée. Le médecin expert démontra que T... était ordinairement lucide, que ce n'était que par exception qu'il ne l'était pas; qu'il n'avait eu que trois accès délirants dans sa vie, accès de courte durée, et que du reste l'hérédité n'implique pas fatalement la folie.

17° *Grossesse et épilepsie* ; par le Dr Béraud, interne à l'asile Sainte-Anne (n° 3).

Observation d'une épileptique dont les attaques augmentaient énormément, en nombre et en intensité, quand elle était enceinte. La médication bromurée diminuait et suspendait même les attaques et les vertiges.

18° *Paralysie de la motilité d'un côté et de la sensibilité de l'autre* ; par le Dr Picard (n° 3).

Homme de soixante-cinq ans, goutteux et atteint d'une maladie de l'oreille mal déterminée. — Attaque d'apoplexie, — à

la suite, hémiplégie gauche et hémianesthésie droite; le tronc est indemne; à la face l'hémianesthésie est croisée, c'est-à-dire qu'elle siège à gauche, les sens spéciaux y prennent part. — Amélioration progressive.

Il est probable qu'il s'agit d'une lésion circonscrite de la protubérance.

19° *De la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux*; par B. Ball (n° 4).

La folie gémellaire est caractérisée par ces trois termes: 1° — Simultanéité de l'explosion des accidents. — 2° Parallélisme des conceptions délirantes et des autres troubles psychologiques. — 3° Spontanéité du délire chez chacun des jumeaux.

M. le professeur Ball donne de cette folie gémellaire, qui est rare, un exemple très intéressant. Il rapproche son observation de celles qui existent déjà dans la science, entre autres de l'observation bien connue de Moreau (de Tours), et il termine par des considérations générales dont la plus importante est celle-ci: « L'hérédité domine la question tout entière et la folie des jumeaux n'est que la manifestation la plus élevée de cette force qui pétrit à son gré la matière vivante, et qui domine dans son ensemble toute la série des êtres organisés. »

20° *De l'amplitude des déplacements du cerveau dans les différentes attitudes du corps*; par M. le Dr Gavoy, médecin-major des hôpitaux militaires (n° 4).

Les mouvements sont mesurés au moyen d'une tige enfoncée par une extrémité dans la substance cérébrale (à travers une fenêtre pratiquée dans le crâne. Il n'y a pas perte de liquide). L'autre extrémité est en rapport avec une aiguille qui se meut sur un cadran. — Ces expériences affirment les propositions de M. Luys sur la locomobilité du cerveau.

21° *Délire de persécutions. — Impulsions homicides. — Tentatives de meurtre;* par MM. Blanche et Motet (n° 4).

C'est le rapport médico-légal sur le nommé Chabért qui a, en septembre 1883, tiré un coup de révolver sur M. le Dr Rochard.

22° *Fous et bouffons*; par M. le Dr Paul Moreau (de Tours) (nos 4 et 5).

Cette étude physiologique, psychologique et historique a paru

en volume. — Elle sera analysée dans les *Annales médico-psychologiques.*

23° *Un cas de folie du doute d'origine rhumatismale*; par le Dr Cabadé (n° 4).

24° *Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et de l'agencement des fibres blanches cérébrales*; par J. Luys. — Mémoire lu à l'Académie des sciences (n° 5).

M. Luys, dans ce mémoire, confirme en la complétant sa théorie sur la disposition des fibres blanches dans les centres encéphaliques. Son mode de préparation diffère de celui employé en général par les anatomistes; il étudie les fibres de haut en bas, c'est-à-dire de la substance corticale aux centres gris de la base et non de bas en haut, c'est-à-dire du bulbe à l'écorce. En outre, il emploie des procédés de durcissement spéciaux : acide chromique, acide phénique, etc.

Il démontre, en dehors des fibres commissurantes admises par tous, l'existence des deux grands systèmes de fibres convergentes, système convergent supérieur et système convergent inférieur. Le premier, divisé en deux groupes, unit d'une part l'écorce au thalamus : fibres cortico-thalamiques et, d'autre part, cette même écorce aux masses striées et aux ganglions de la base, situés dans cette région inomminée placée au dehors du thalamus, dans le voisinage des parois des troisième et quatrième ventricules, fibres cortico-striées (c'est la partie la plus originale du mémoire). — On connaît la donnée anatomo-philosophique que M. Luys tire de cette manière d'envisager les dispositions des fibres nerveuses dans l'encéphale : « Ces deux grands systèmes de fibres cérébrales représentent, l'un un système de diffusion, d'exitation centrifuge (sensitive et sensorielle), l'autre un système de concentration centripète (incitation psycho-motrice, formant ensemble une unité sensitivo-motrice qui représente, sous une forme considérablement amplifiée, le couple sensitivo-moteur de la moelle. »

25° *Contribution à l'étude de l'inégalité des poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique*; par le Dr Marandon de Montyel (n° 5).

Voici les principales conclusions de ce travail de statistique: — Chez les aliénés névrosiques, contrairement à ce qu'on observe à l'état normal, l'hémisphère droit est presque toujours

prépondérant et la prédominance de ce lobe croît avec l'âge des malades — comme déduction : La prépondérance du lobe droit est l'effet de la maladie, elle tient à l'atrophie du lobe gauche qui, fonctionnant plus activement à l'état normal, délirerait aussi plus activement à l'état pathologique et subirait dès lors de préférence l'atrophie de la démence. — Le lobe gauche, dans la paralysie générale, est au contraire le plus souvent prépondérant. Du reste, dans cette maladie, la prédominance du lobe droit ou du lobe gauche semble être sous la dépendance des localisations plus accentuées des lésions sur l'un des deux lobes.

26° *De l'élongation de la moelle épinière. Recherches sur le traitement mécanique des maladies nerveuses*; par le professeur A. Hégar (traduit par MM. Pozzi et P. Berthod) (n° 5).

27° *Des troubles psychiques dans la période præataxique du tabes d'origine syphilitique;* par le professeur Alfred Fournier (n° 6).

Cet article est extrait d'une série de *leçons sur la période præataxique du tabes syphilitique.* — Nous avons déjà analysé ces leçons. (*Annales médico-psychologiques*, 1885).

28° *Contribution à l'étude de la morphéomanie*; par le Dr Zambaco (n° 6).

M. Zambaco continue ses études sur la morphéomanie. Son premier mémoire a été publié dans l'*Encéphale* en 1882, il est complété par le mémoire actuel. — L'auteur étudie d'abord la marche de la gestation chez les femmes qui se morphinisent, et l'effet du poison sur la mère et sur le produit de la conception. Il donne deux observations détaillées. Les conclusions sont que, malgré les injections pratiquées pendant la gestation, les enfants se développent, naissent viables et prospèrent. Le danger serait plutôt dans l'abstinence de la morphine, qui produit un changement dans la manière d'être de la mère et du fœtus devenu lui-même opiophage. — On trouve ensuite un cas de mort consécutive à une vaste suppuration provoquée par les piqûres. — La blessure d'un petit vaisseau par l'aiguille a, dans plusieurs cas, amené de graves accidents de narcotisme aigu avec sidération. La blessure d'un rameau nerveux a produit des accidents nerveux violents et bizarres qui se sont calmés assez vite. — Enfin, la suspension brusque de la morphine a provoqué chez une malade de l'exaltation bientôt suivie de ly-

pémanie avec tentative de suicide. Un autre sujet, qu'on avait également privé brusquement de son excitant ordinaire, fut pris de manie aiguë avec tentative de suicide; il guérit. — La paraldéhyde donne parfois d'heureux résultats chez les morphéomanes, elle procure le sommeil et calme en partie les accidents provoqués par la suppression du sel morphinique.

29° *Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale*; par J. Luys (n° 6).

Cet article qui a paru dans l'*Union médicale* a été analysé dans les *Annales médico-psychologiques* (1885).

30° *Note sur un cas d'arthropathie ataxique*; par le Dr Bellangé (n° 6).

L'ataxique, sujet de l'observation, était atteint de troubles vésaniques : anxiété légère avec quelques idées de persécution, qui se dissipèrent assez vite. — L'intérêt de l'observation réside en ce que l'arthropathie était inflammatoire, et en ce que les téguments externes se détruisirent rapidement. On sait que ces conditions sont anormales dans les arthropathies du tabes.

31° *Lypémanie compliquée d'une triple diathèse;* par le Dr Rousseau (n° 6).

Le sujet de l'observation était tuberculeux, cancéreux et syphilitique.

Archives de Neurologie

1° *La famille névropathique*; par C. Féré (nos de janvier et de mars).

Dans ce travail, M. Féré résume d'une façon remarquablement heureuse les connaissances modernes sur les liens qui unissent les différentes manifestations névropathiques. — La famille névropathique, dit-il, se divise en deux branches, une branche psychopathique comprenant les états psychiques morbides et les névroses qui leur sont le plus intimement liées, et en branche névropathique comprenant les maladies du système nerveux qui affectent plus particulièrement la sensibilité et le mouvement.

Il étudie les deux grandes classes, notant les relations qu'elles présentent entre elles, soit chez l'individu, soit dans sa famille. Il indique l'analogie des différents phénomènes psychopathi-

ques : imbécillité, génie, folie, vice et crime. Il montre cette *diathèse nerveuse* dominant ces états si différents et quelquefois même complètement opposés.

L'auteur rapproche ensuite la diathèse nerveuse de divers autres états constitutionnels; c'est la partie la plus originale de son travail : « La famille névropathique est loin d'être isolée des autres troubles pathologiques. Elle a des rapports fréquents avec les arrêts de développement, avec les malformations; elle est en outre intimement liée avec la dégénérescence et avec les maladies de la nutrition. »

Enfin, les médecins non spécialistes apprendront, dans les quelques pages de M. Féré, ce qu'ils ne pourraient acquérir que par la lecture de force gros livres.

2° *Etude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle*; par MM. les Drs Ballet, médecin du bureau central, et Minor, de Moscou (n° de janvier).

Voici le résumé de l'observation clinique et de l'autopsie : Femme âgée de quarante-deux ans, non héréditaire, mais ayant été atteinte de la syphilis. Paralysie spasmodique des quatre membres. Réflexes du genou et autres réflexes très exagérés. Douleurs au niveau du thorax et des membres inférieurs. Cécité absolue. Les premiers accidents furent des douleurs lancinantes, puis vint l'amblyopie qui se transforma en cécité et enfin les autres symptômes se développèrent successivement.

Autopsie: Sclérose étendue de toute la hauteur de la moelle, intéressant successivement les cordons postérieurs et les cordons latéraux. Cette sclérose est surtout accusée au niveau de la partie dorsale supérieure et cervicale inférieure. Sur ce point elle forme une sorte de zone transversale qui recouvre tout le segment postérieure de la moelle; au-dessus, elle se localise aux cordons de Goll et aux cordons latéraux; au-dessous, à ces mêmes cordons latéraux et aux bandelettes de Burdach. Nulle part les cellules des cornes antérieures n'étaient lésées. — Avec de forts grossissements, on voit que les vaisseaux sont nombreux et volumineux dans les tissus sclérosés et, chez beaucoup d'entre eux, l'espace lymphatique est infiltré de leucocytes. — Sur des coupes verticales, on voit que la gaine des tubes nerveux (de ceux qui ne sont pas étouffés complètement par la sclérose) est distendue et que le cylindraxe est variqueux. — Dans les nerfs optiques, les cylindraxes manquent totalement.

Les auteurs discutent longuement cette observation et ils

arrivent à cette conclusion qu'ils ont eu affaire à une fausse sclérose systématique combinée de la moelle, compliquée d'atrophie des nerfs optiques. La sclérose a été périvasculaire et non péritubulaire, ce dernier mode est le propre de la myélite systématisée. — Du reste, une étude critique des cas de véritables myélites systématisées combinées ensemble, prouve que ces cas sont excessivement rares, si toutefois ils existent. — Au point de vue clinique, les symptômes des myélites complexes analogues à celle que nous examinons dépendent des localisations des lésions, les parties de la moelle les plus compromises provoquent les manifestations cliniques prépondérantes. Ici les lésions des cordons latéraux produisaient la paralysie spasmodique des quatre membres et l'exagération des réflexes, c'est ce qui dominait la scène; et la sclérose des cordons de Burdach, les douleurs qui avaient pour ainsi dire une importance clinique secondaire.

3° *Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon; guérison par l'hydrothérapie*; par MM. Bourneville et Bonnaire (n° de janvier).

Résumé de l'observation : Père alcoolique; deux sœurs mortes de convulsions; une sœur hystérique et syndactyle; teigne, syndactalie. Début de l'hystéro-épilepsie à douze ans, causée par une peur violente, description des attaques, zones hystérogènes, hypnotisme, traitement par l'hydrothérapie, guérison.

4° *Du merycisme*; par MM. Bourneville et Séglas (n° de janvier).

Cet article a paru dans le *Compte rendu du service des épileptiques et des idiots de Bicêtre pendant l'année* 1883, qui a déjà été analysé dans les *Annales médico-psycologiques*, année 1885.

5° *Contribution à l'étude des localisations cérébrales (Trajet intra-cérébral de l'hypoglosse)*; par le Dr E. Raymond, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, et G. Artaud, interne des hôpitaux (nos de mars et de mai).

Les troubles de la parole par paralysie des muscles articulateurs peuvent être observés : 1° à la suite de lésions corticales; 2° à la suite de lésions du centre ovale; 3° de lésions de la capsule interne et du pédoncule; 4° de la lésion de la protubérance.

1° *Lésions corticales*. Plusieurs faits clinico-anatomiques démon-

trent ce que les expériences de Ferrier faisaient soupçonner, à savoir que le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante paraît commander aux mouvements des muscle innervés l'hypoglosse, le facial inférieur et la branche motrice du trijumeau.

2° *Lésions du centre ovale*. Il résulte de plusieurs observations recueillies dans la littérature médicale, ou personnelles aux auteurs de ce travail, que : de même que les lésions du faisceau pédiculo-frontal inférieur se traduisent par l'aphasie, de même les lésions du faisceau frontal inférieur (sous-jacent à la frontale ascendante) se traduisent par le syndrome de la paralysie labio-glosso-laryngée. — Le faisceau frontal inférieur renferme donc les fibres cérébrales de l'hypoglosse et du facial inférieur, il contient de plus les fibres cérébrales de la branche motrice du trijumeau (car dans certaines observations les malades avaient de la peine à écarter les mâchoires). — Les lésions de ce faisceau qui donnent lieu au tableau clinique de la paralysie glosso-labiée sont le plus souvent bilatérales.

3° *Lésions de la capsule interne et du pédoncule*. — Des considérations anatomiques amènent les auteurs à penser que le faisceau géniculé ne renferme pas les fibres émanées de la troisième frontale (partie inférieure), et cela contre l'opinion de Brissaud.

Le faisceau frontal inférieur ou faisceau de l'hypoglosse traverse la capsule au niveau du genou et se place dans le pédoncule à la face interne du faisceau pyramidal. Le faisceau pédiculo-frontal inférieur ou faisceau de l'aphasie traverse la capsule dans son segment antérieur, en avant du faisceau géniculé, en arrière du faisceau intellectuel, et se place dans le pédoncule entre le faisceau géniculé et le faisceau intellectuel. — Or, des lésions du faisceau géniculé produisent la paralysie de l'hypoglosse.

4. *Lésions de la protubérance*. Le faisceau de l'hypoglosse, comme celui de l'aphasie du reste, s'arrête au bulbe, et des lésions prorubérantielles produisent l'aphasie et la paralysie de l'hypoglosse. On ne connaît pas le trajet du faisceau de l'aphasie dans la protubérance, mais plusieurs observations de glossoplégie prouve que les fibres cérébrales de l'hypoglosse et, par suite, que le faisceau géniculé dont elles font partie occupent dans la protubérance la partie postérieure et interne des pyramides motrices.

Résumé. Nées de la partie inférieure de la frontale ascen-

dante, les fibres intra-cérébrales de l'hypoglosse suivent le faisceau frontal inférieur, traversent la capsule au niveau du genou, se placent dans le pédoncule entre le faisceau pyramidal et le faisceau de l'aphasie, occupent dans la protubérance la partie postéro-interne des pyramides motrices, s'entrecroisent et, de là, gagnent le plancher du quatrième ventricule pour se mettre en rapport avec les noyaux bulbaires.

6° *De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique;* par le Dr G. Ballet, médecin des hôpitaux (n° de mars).

L'atrophie de certains groupes musculaires n'est pas un fait absolument rare au cours de l'ataxie locomotrice. Parmi ces amyotrophies, il en est une dont la localisation est assez curieuse, c'est *l'hémiatrophie de la langue.* — Suivent plusieurs observations d'hémiatrophie de la langue.

Un trait commun à la plupart des observations, c'est la coïncidence avec la lésion des muscles linguaux de paralysies oculaires. Pour se rendre compte de la pathogénie de ces faits, il faut les assimiler aux troubles paralytiques et atrophiques qu'on observe dans les muscles desservis par les nerfs médullaires. Pierret admet qu'il s'agit de paralysies réflexes, qui sont parfaitement compatibles avec la systématisation des lésions du tabes. Quant aux atrophies, elles dépendent d'une atrophie des cellules des cornes antérieures, le processus d'irritation chronique paraissant se propager à ces cornes par l'intermédiaire de certains filets commissuraux appartenant au système de la zone radiculaire interne. — Les mêmes éléments qui existent dans la moelle, existent dans le bulbe, ils ont seulement une disposition différente ; it est alors naturel d'admettre que dans le bulbe la lésion des noyaux est secondaire, comme celle des cornes antérieures dans la moelle. — En fin de compte, l'hémiatrophie de la langue, pas plus que les autres amyotrophies observées dans le tabes, ne militent contre la notion de la systématisation au système sensitif dans la maladie de Duchenne.

7° *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux, et en particulier dans l'ataxie locomotrice;* par Ch. Féré (n° de mars).

Etude de sémiologie complète et méthodiquement présentée, mais qui ne se prête pas à l'analyse. Il est nécessaire de la lire *in extenso.*

8° *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse*; par le Dr Cotard (n° de mai).

On connaît le *délire des négations* de M. Cotard. Les malades nient l'existence des objets extérieurs, ils en arrivent même à nier leur propre personnalité. Le délire des négations serait le dernier terme de la mélancolie anxieuse. M. Cotard a observé deux malades mélancoliques anxieux, en voie, par conséquent, de délire des négations, qui avaient perdu la mémoire visuelle des objets, et il se demande si c'est là une coïncidence fortuite ou si la perte de la vision mentale est un fait ordinaire chez les anxieux chroniques. — Si cette dernière supposition est exacte, il faudrait considérer la négation systématisée comme un délire greffé sur le trouble psycho-sensoriel, comme une interprétation maladive du phénomène.

9° *Cas d'engorgement progressif du sinus falciforme supérieur*; par le Dr Popoff, médecin de l'hôpital Saint-Nicolas à Pétersbourg (n° de mai).

Une tumeur perlée de la dure-mère pénétrait dans le sinus et le bouchait presque entièrement. — Les cas de ce genre sont rares. — La malade avait présenté des attaques convulsives, des maux de tête et des accès délirants. L'auteur attribue ces accidents à la distension des veines cérébrales antérieures.

10° *Du siége et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole*; par le Dr Bitot professeur honoraire à la faculté de Bordeaux (nos de juillet et de septembre).

Nous avons déjà analysé dans les *Annales médico-psychologiques* (année 1885) une étude de M. Bitot, intitulée : *Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche*. Cette étude est le résumé de l'article qui paraît aujourd'hui dans les *Archives de neurologie*, nous ne donnerons donc pas le compte rendu du dernier article de M. Bitot, ce qui constituerait une redite. — On sait que cet auteur s'efforce de démontrer par des observations clinico-anatomiques que le centre du langage articulé ne réside pas dans le pied de la troisième frontale, mais qu'il est probablement situé dans la partie moyenne des circonvolutions orbitaires. En outre, que le faisceau vecteur du langage articulé longe le bord externe du ventricule latéral, à quelques milimètres de lui (des deux côtés).

Ce sont les lésions de ce faisceau, qui est peu éloigné du pied de la troisième frontale, qui produiraient l'aphasie.

11° *Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale*; par le Dr Marandon de Montyel, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon (n° de juillet).

Aucun signe certain ne permet d'affirmer que telle maladie (folie simple) est incurable, quoique l'incurabilité soit très probable quand la maladie dure depuis un certain temps. — Suivent quatre observations de guérison tardive, la première après neuf ans de séjour à l'asile, la seconde après douze ans, la troisième après sept ans et demi et la quatrième après sept ans.

12° *Eclampsie et épilepsie*; par Ch. Féré (n° de juillet).

« Le but de cet article est de mettre en évidence la prédisposition névropathique des sujets qui sont atteints d'attaques éclamptiques et de montrer les liens peu connus qui unissent l'éclampsie et l'épilepsie. »

Pour ce qui est de l'éclampsie infantile, on n'hésite pas à en rattacher l'origine à un état nerveux natif. Pour l'éclampsie des adultes, éclampsie scarlatineuse ou puerpérale, la situation est moins nette. Mais quand on recherche : 1° quelles sont les antécédents héréditaires et personnels des malades ; 2° quel est le sort des éclamptiques; 3° quel est le sort de leur descendance, on voit qu'en réalité, les affections aiguës diverses, comme la scarlatine, ou des états comme la grossesse, ne jouent qu'un rôle de cause déterminante. On voit aussi que dans bien des cas les attaques éclamptiques de la scarlatine et de la grossesse, ces épilepsies aiguës, comme on les a appelées, deviennent, pour ainsi dire, chroniques; on n'a plus que des crises isolées d'épilepsie vulgaire. On voit enfin que l'état névropathique éclamptique peut se transmettre aux enfants sous des formes variables. — M. Féré établit la réalité de ces trois propositions au moyen de nombreuses observations, et il conclut en disant que les épilepsies aiguës de l'enfance, de la puerpéralité, etc... peuvent se terminer par la guérison, en laissant l'organisme en état d'opportunité convulsive, ou passer à l'état chronique, et se transformer en épilepsie vulgaire.

13° *Note sur un cas de mélancolie anxieuse*; par le Dr J. Séglas (n° de juillet).

Observation : Hérédité — convulsions dans l'enfance — deux accès de mélancolie, hallucinations, — impulsions à l'homicide,

— idées hypochondriaques de damnation, d'immortalité — état d'anxiété mélancolique.

Le malade n'est pas un *délirant chronique,* mais bien un mélancolique anxieux.

14° *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*; par MM. Ballet et Crespin (nos de septembre et novembre).

Voici les conclusions de ce mémoire basé sur plusieurs observations dont l'une, bien connue, appartient à M. Legrand du Saulle (observation d'attaques hystériques à forme d'épilepsie Jacksonienne, survenant par séries comme dans l'état de mal): L'hystérie peut d'une façon exceptionnelle emprunter le masque d'attaque du petit mal : absences et vertiges. — Chez certains malades, la symptomatologie de l'attaque hystérique reproduit avec une remarquable exactitude le tableau de l'épilepsie partielle, épilepsie par lésion cérébrale. — La fausse épilepsie partielle de nature hystérique est caractérisée soit par de l'hémispasme avec rotation de la tête et des yeux du côté convulsé, soit par des monospasmes (forme hémiplégique et forme monoplégique). — Ces convulsions partielles épileptoïdes constituent parfois toute l'attaque d'hystérie, ce qui tient à ce que les crises sont subintrantes, les autres périodes consécutives de l'attaque : période clownique et période des hallucinations, ne peuvent pas se manifester. — Ces convulsions partielles hystériques se montrent par séries quelquefois considérables, elles constituent alors un véritable état de mal épileptiforme. — La fausse épilepsie partielle se distingue de l'épilepsie partielle vraie par l'absence d'hyperthermie et par l'absence de paralysie consécutive aux séries d'attaques. — Il y a encore d'autres différences symptomatiques, mais elles sont moins importantes : ainsi l'ouverture de la bouche, le battement des paupières, les mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises, appartiennent à l'hystérie.

15° *Contribution à l'étude du délire chronique ;* par le Dr Louis Boucher (no de septembre).

Trois observations de *délire chronique,* comme l'entend M. Magnan.

1re *observation* : Mlle B... Antécédents héréditaires mal connus. — A sept mois, convulsions, — caractère excitable. — Vers l'âge de trente ans, commencement d'inquiétude, pleurs sans motif (période d'inquiétude). — A propos d'un fait sans importance, elle croit que la police va déménager son père et elle

entend des voix (période de persécution). L'observation s'arrête à cette seconde période.

La 2e *observation*, analogue à la première, s'arrête aussi à la période de persécution.

3e *observation*. La malade qui en fait le sujet, a d'abord été persécutée, puis elle a eu des idées de grandeur de nature mystique (période ambitieuse). Enfin, elle est actuellement en voie de dissociation intellectuelle (période de démence).

16° *La synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme*; par Kéraval, médecin adjoint des asiles de la Seine (nos de septembre et de novembre.)

La même circonvolution est désignée différemment dans les différents pays, et en plus les anatomistes de même nationalité lui donnent souvent un nom différent, chaque auteur ayant pour ainsi dire sa terminologie propre. D'où des erreurs regrettables, mais presque inévitables, dans l'interprétation des textes. — M. Kéraval a cru, et avec juste raison, « qu'il était utile de grouper dans un seul mémoire les diverses expressions qui désignent telle ou telle scissure, telle ou telle circonvolution, et d'y fondre les remarques indispensables, pour mettre en relief les confusions graves nées de pareilles variétés verbales. »

Le travail de M. Kéraval est non seulement utile, il est indispensable pour la lecture de certaines observations dénuées de figures à l'appui. — On comprend que l'analyse en est impossible, nous appellerons pourtant l'attention du lecteur sur un point qui nous a particulièrement frappé : Un sillon, en général assez accentué, part du sommet de la courbe de la scissure interpariétale et divise la partie inférieure du lobe pariétal en deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure. La partie postérieure a été généralement appelée lobule du pli courbe, et la partie antérieure, également lobule du pli courbe, par certains anatomistes qui réservaient le nom de pli courbe à la partie postérieure. Si on ne connaît pas la terminologie suivie par chaque auteur, il est donc impossible d'éviter la confusion.

17° *Maladie de Thomsen et paralysie pseudo-hypertrophique*; par le Dr Romain Vigouroux (n° de novembre).

Observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de paralysie pseudo-hypertrophique, en même temps qu'il présentait une contracture brusque et transitoire des muscles, aussitôt

qu'il voulait faire un mouvement rapide (aussi bien dans les muscles supérieurs que dans les membres inférieurs). Cette contracture, avec ses caractères spéciaux, constitue la maladie de Thomsen. L'auteur ne déduit pas de cette unique observation connue la nécessité d'une relation entre les deux affections.

18° *Epilepsie Jacksonienne*; par MM. Bourneville et C. Bricon. (n° de novembre).

Hémiplégie gauche, à dix ans. — Vertiges, à quatorze ans. — Début des accès, à dix-sept ans, par un état de mal — aura du pouce gauche. — Grands pères paternel et maternel alcooliques, mère nerveuse, sœur morte de convulsions. — Bromure de potassium — armures magnétiques — état de mal et mort.

Autopsie: Atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux du même côté; foyer ancien, occupant les circonvolutions frontales, les circonvolutions ascendantes, le pli pariétal inférieur et le pli courbe.

Le Progrès médical.

1° *Un cas de perte de la vision mentale chez un mélancolique anxieux*; par le Dr Cotard (n° 2).

C'est l'observation qui a servi de point de point de départ à M. Cotard pour son mémoire inséré dans les *Archives de neurologie*, mémoire que nous avons analysé. — Homme de soixante-huit ans, diabétique. Premier accès vésanique, à soixante ans, caractérisé par de la mélancolie anxieuse, guérison. — Second accès, huit ans après, caractérisé d'abord par de l'anxiété, puis par du délire hypochondriaque et enfin par la cécité mentale. Le sujet raconte qu'il ne peut plus se représenter les lieux qu'il a habités, ni le visage de sa femme, etc.

2° *De la dipsomanie*. — Clinique médicale de l'asile Sainte-Anne; par M. Magnan. — Leçons recueillies par le Dr Marcel Briand (nos 4, 5, 6, 8, 9, 12 et 14).

Série de leçons, formant une monographie de la *dipsomanie* et dans laquelle M. Magnan expose d'une façon incidente ses principes sur les dégénérescences intellectuelles.

La dipsomanie n'est pas une entité morbide, c'est un syndrome épisodique de la dégénérescence intellectuelle, mais son importance est telle qu'il convient de lui consacrer une étude

spéciale. — Les dipsomanes sont toujours des héréditaires et ils ont, dès leur enfance, présenté des anomalies mentales ou des accidents nerveux divers.

L'accès de dipsomanie débute par de la tristesse, le malade ne peut pas se livrer à ses occupations ordinaires, son caractère s'aigrit, ses sentiments se dépriment. Puis surviennent de l'anorexie et de l'anxiété précordiale, une sensation de chaleur à la gorge, etc., enfin, une soif intense particulière avec tendance irrésistible à boire des choses excitantes. Alors rien n'arrête le malade pour se procurer des boissons alcooliques. Il oublie son éducation, il n'a plus aucune honte. Les maris vendent les vêtements de leur femme, les femmes se prostituent pour un peu d'eau-de-vie. Après un certain temps, l'accès est passé, il ne reste plus que de l'anéantissement et du désespoir de n'avoir pu vaincre l'impulsion ébrieuse.

Les accès sont intermittents, certains actes physiologiques, comme la grossesse et la période menstruelle, paraissent influer sur leur violence. A mesure que le sujet avance en âge, c'est-à-dire à mesure que la dipsomanie devient plus ancienne, les accès se rapprochent. — Il faut noter que le plus souvent, dans les intervalles des accès, les malades ont un dégoût profond pour toutes les boissons alcooliques. — L'accès a une durée variable de deux à quinze jours.

Les dipsomanes peuvent présenter toutes sortes d'impulsions, la plupart cherchent à se tuer après les accès; le remords, le dégoût et aussi des hallucinations impératives de l'ouïe les poussent au suicide.

On a exagéré la tolérance des dipsomanes pour l'alcool, la vérité est qu'ils arrivent tous, après un certain nombre d'accès, à se saturer, et alors éclate chez eux le délire alcoolique avec ses hallucinations spéciales.

Enfin, si en dehors des périodes, certains malades sont sobres, d'autres sont ivrognes, mais on peut toujours reconnaître l'accès de dipsomanie, même chez ces derniers.

En dehors des accès, les dipsomanes ne sont pas normaux; la dipsomanie n'est pas une folie intermittente, elle est plutôt une folie *rémittente*. Les dipsomanes sont des instinctifs ayant toutes sortes de mauvaises tendances. Tout jeunes, ils ont eu des anomalies du caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants. Le développement de l'intelligence a été chez eux précoce ou tardif, etc... Plus tard ils sont mal équilibrés, en un mot ce sont des fous raisonnants.

La dipsomanie est un syndrome épisodique de la folie héréditaire, il ne faut donc pas admettre une *dipsomanie acquise*, pas plus qu'il ne faut, avec Bucknill, reconnaître une dipsomanie aiguë, une périodique et une chronique.

Ces leçons de M. Magnan ont pour cadre plusieurs observations très détaillées et d'autant plus intéressantes que plusieurs d'entre elles embrassent la vie entière des malades.

3° *La contraction paradoxale*; par le Dr Féré (n° 4).

Westphal a montré que, chez quelques sujets non hystériques, quand on imprime brusquement la flexion dorsale du pied, le le tibial antérieur se contracte en produisant l'adduction et un certain degré de flexion dorsale du pied qui reste fixé dans cette position pendant un quart d'heure, vingt minutes. — Il a appelé ce phénomène : *contraction paradoxale*, une contraction permanente des muscles résultant du relâchement brusque dans lequel on les a mis. M. Charcot a fait voir qu'il existait un phénomène analogue chez les hystériques qui possèdent l'hyperexcitabilité neuro-musculaire à l'état de veille, et aidé des remarques de Duchenne sur l'état des muscles antagonistes dans les mouvements harmoniques, il explique qu'il n'y a rien de paradoxal dans la genèse de ces contractures. C'est le tiraillement, l'excitation des extenseurs qui se réfléchit sur les fléchisseurs ; ceux-ci répondent chez certains sujets et entrent en contracture.

4° *De la congestion cérébrale chez les enfants, de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales*; par M. J. Simon (nos 8, 10 et 11).

La congestion cérébrale est fréquente chez les enfants. Tantôt elle constitue un épiphénomène des maladies de l'encéphale, des méninges, du crâne, etc.., tantôt elle existe comme état morbide isolé. C'est cette dernière congestion idiopathique qui fait le sujet de ces leçons.

La congestion cérébrale idiopathique des enfants est locale ou généralisée. Elle est peut-être passive et alors elle s'accompagne d'hydrocéphalie et même d'asphyxie. A un dernier type se rattachent les congestions par poussées irrégulières séparées par des intervalles d'excellente santé. Ces dernières dépendent le plus souvent de divers états diathésiques.

Les causes de la congestion aiguë sont le froid, les fièvres

éruptives et typhoïdes, l'impaludisme, les toxyémies, la dentition.

La congestion chronique est produite soit par un obstacle au retour du sang veineux : thrombose des sinus, affections généralisées des poumons, etc., soit par une cause générale : alcoolisme, tuberculose, état névropathique des parents. Cette forme de congestion chronique peut être le prélude de l'épilepsie, de la méningite tuberculeuse ou de la sclérose cérébrale.

L'auteur étudie successivement la symptomatologie des différentes formes, il s'étend ensuite sur le traitement et sur la prophylaxie.

5° *Hémiplégie hystérique*. Leçon de M. Charcot, à la Salpêtrière, recueillie par M. Marie, chef de clinique (n° 11).

Observation. Henriette A..., dix-neuf ans. Elle a eu des convulsions à la suite d'une fièvre scarlatine à seize ans. Son père est hémiplégique. — Frayeur une nuit causée par la chute d'une tablette placée au-dessus de son lit. — Le lendemain, dans la journée, elle s'affaisse tout d'un coup sur le côté droit sans perte de connaissance. Elle ne peut se relever, la jambe et le bras droit sont paralysés. — Quatre jours après, la motilité est revenue en partie au membre inférieur. Quant au membre supérieur, il est toujours paralysé, il est flasque, cependant certains muscles peuvent encore se contracter, ainsi le triceps. — La face est indemne, les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. — L'anesthésie accompagne la paralysie musculaire, mais les sens spéciaux sont intacts. — La température est abaissée de plusieurs dixièmes de degré du côté paralysé. En résumé, la nature purement hystérique de cette paralysie s'impose avec la plus grande évidence. — La faradisation des muscles paralysés fit très vite disparaître tous les symptômes.

6° *Sclérose en plaques et maladies infectieuses*; par M. P. Marie, chef de clinique de la Faculté (nos 15, 16, 18 et 19).

Dans cet intéressant travail, M. Marie démontre « que la sclérose en plaques, lésion dépendant d'altérations artérielles d'origine infectieuse, ne peut être considérée comme une maladie du système nerveux dans le sens théorique du mot maladie. Ce n'est autre chose que la *localisation médullo-encéphalique de la détermination vasculaire de maladies générales diverses*, qui semblent être constamment de nature infectieuse ».

A l'appui de cette thèse, il donne un grand nombre d'obser-

vations, dont plusieurs sont personnelles, dans lesquelles on voit les symptômes de la sclérose en plaques se manifester à la suite ou même pendant le cours des maladies suivantes : fièvre typhoïde (11 cas) — variole (4 cas) — érysipèle (1 cas) — pneumonie (3 cas), etc.

Quant au pronostic, il n'est pas toujours d'une égale gravité, l'artérite, cause des plaques scléreuses, peut rétrocéder avant que celles-ci se soient produites et les symptômes si fâcheux en apparence, dus bien plus à des troubles circulatoires passagers qu'à des lésions permanentes, ne tardent pas à se dissiper.

7° *Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie*; par MM. Bourneville et Leflaive (nos 17, 23 et 25).

Observation. Hérédité névropathique multiple. — Emotion durant la grossesse. — Tête volumineuse dès la naissance et qui se développe progressivement ensuite. — Convulsions limitées à gauche et hémiplégie consécutive à six mois. — Observation de l'enfant à son entrée à Bicêtre; tableau de ses manifestations intellectuelles. — Hémorrhagie méningée, troubles trophiques, élévation de la température, diminution subite du volume de la tête. — Mort. — Autopsie très détaillée. — Discussion de l'observation.

8° *De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie*; par MM. Bourneville et Bricon (n° 21).

Après avoir expérimenté ce médicament dans le service de Bicêtre, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : « Sur 12 malades traités par l'acide sclérotinique donné soit en injections hypodermiques, soit par la bouche, nous n'avons constaté d'amélioration que sur cinq malades. Ce résultat est peu encourageant, d'autant plus que quatre des cinq malades améliorés sont en traitement depuis plus d'un an » — M. Gowers, en Angleterre, est arrivé à des résultats analogues.

9° *Note sur la région sylvienne et en particulier sur les plis temporo-pariétaux;* par Ch. Féré (n° 26).

Etude anatomique de la scissure sylvienne et particulièrement de la région nommée rétro-insulaire. — M. Féré décrit les circonvolutions qui vont de la première circonvolution temporale vers le lobule pariétal inférieur et qui se rencontrent avec des circonvolutions analogues venues de ce même lobule. — Ces circonvolutions : *sphéno-pariétales* et *pariéto-sphénoï-*

dàles sont dirigées, les premières d'avant en arrière et en haut, les secondes d'avant en arrière et en bas. Elles se rencontrent par conséquent en s'imbriquant. Les sphéno-pariétales peuvent être superficielles, et les sillons qui les séparent empiètent alors plus ou moins sur la 1re temporale; il peut même s'anastomoser avec la scissure parallèle. — Un examen attentif et des coupes diversement dirigées font voir que cette région rétro-insulaire fait en réalité partie de l'enceinte de la scissure de Sylvius et qu'elle n'appartient nullement au lobule de l'insula. — On comprend l'importance de cette remarque au point de vue de la recherche des localisations cérébrales.

10° *Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive*; par le Dr Pitres, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux (n° 28).

Tout à fait au début du tabes dorsalis, il existe parfois de véritables accès de courbature musculaire qui surviennent brusquement, sans cause appréciable, persistent pendant quelque temps et se dissipent sans laisser de traces. Ces accès se reproduisent à des intervalles variables. Les douleurs n'ont nullement le caractère des douleurs fulgurantes, elles consistent en une sensation pénible de lassitude. — Suivent trois observations à l'appui de cette donnée. — Il est probable que les nerfs sensitifs des muscles peuvent être affectés isolément au début de l'ataxie et que les crises de courbature sont l'expression clinique de leur souffrance. Il faut considérer ces crises comme les équivalents cliniques des autres crises tabétiques du début.

11° *Instabilité mentale avec perversion des instincts*; par MM. Bourneville et Budor (nos 34, 35).

Résumé succinct de l'observation. Hérédité nerveuse multiple — allaitement par une nourrice aliénée; développement physique et intellectuel lent — impulsion morbides précoces, clatomanie: — somnambulisme; — onanisme. — Rapports sexuels avec les six sœurs (13 ans); — excès alcooliques (14 ans). — Impulsions homicides; — crises convulsives (16 ans). — L'admission à Sainte-Anne; accidents hystériques — tentative de suicide. — Sortie de l'asile : professions multiples; — 2e admission à l'asile; — admission à Bicêtre; traitement. — Sortie en amélioration.

12° *Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive*; par le Dr Pitres, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux (n° 37).

Ce mémoire est basé sur trois observations détaillées. — Remarquer que les crises clitoridiennes peuvent survenir tout à fait au début du tabes avant les douleurs fulgurantes. — Ces faits conduisent à attribuer aux crises clitoridiennes une valeur semiologique équivalente à celle des autres crises tabétiques.

13° *Saturnisme; hémorrhagies cérébrales et bulbaires; hémiparésie et paralysie des extenseurs du même côté; hypertrophie du ventricule gauche, néphrite intertitielle, albuminurie*; par MM. A. Mathieu, chef de clinique médicale, et Malibran, interne des hôpitaux. — Service de M. Germain Sée (n° 42).

14° *Sclérose primitive des cordons de Goll*; par M. Camuset, médecin adjoint à l'asile de Vaucluse (n° 49).

JOURNAUX ANGLAIS

Mental Science.

Année 1884.

Analyse par M. le Dr Pons.

Education spéciale des infirmiers d'asile par M. le Dr. Campbell Clarck.

Cette idée très heureuse, que l'auteur de ce mémoire a développée devant la Société médico-psychologique, dans la séance du 16 novembre 1883, a été déjà émise, il y a sept ans, par M. Clouston. M. Campbell Clark a pu l'appliquer avec un véritable succès, et l'ouverture récente de l'établissement qu'il dirige, lui a fourni l'occasion de travailler avec fruit à l'amélioration de son personnel. Un cours théorique et pratique a été ouvert à Bothwell pour les infirmiers des deux sexes. Bien qu'il soit facultatif, les leçons ont été généralement suivies.

Des examens gradués sont exigés des élèves pour l'obtention d'un diplôme délivré par l'administration de l'asile.

Notre confrère croit qu'on pourra tirer un meilleur parti des qualités intellectuelles et morales des gardiens en se mettant à leur portée et en leur accordant des soins individuels comme aux malades.

Les résultats remarquables qu'il a obtenus le portent à souhaiter la généralisation de cet essai. Il voudrait voir ceux de ses collègues qui pensent comme lui, ouvrir dans leurs asiles des classes de surveillants. Des diplômes de plusieurs degrés pourraient être créés en faveur des élèves les plus méritants et la valeur de ces diplômes serait admise dans tous les asiles. Enfin, un comité d'organisation pourrait être formé au sein de l'association médico-psychologique.

La responsabilité légale peut-elle être acquise par les imbéciles sous l'influence de l'éducation? par M. le Dr SHUTTLEWORTH.

L'asile de Royal Albert a été, l'an dernier, le théâtre d'un drame sanglant. Un malheureux imbécile a été tué dans le dortoir par un de ses camarades. Le surveillant était absent, et ce meurtre n'a eu d'autres témoins que deux ou trois imbéciles couchés dans la même salle. Pendant le procès qui a suivi, le témoignage de ces individus a été tour à tour accepté et contesté devant les juridictions diverses. Si le jury du coroner a déclaré leur déposition valable, elle a été rejetée par les juges de la petite session. Toutefois, comme il y avait eu enquête du coroner, l'affaire est venue devant les assises d'été de Lancastre, où elle a pris une tournure différente. En effet, bien que les renseignements fournis aient été acceptés par le grand jury, le juge a passé outre et s'en est tenu à l'appréciation de la capacité de l'accusé pour plaider. La réponse du jury ayant été négative sur ce dernier point, le meurtrier a été jugé irresponsable et remis à sa famille.

Tel est le fait judiciaire, assez intéressant par les vicissitudes subies par la procédure, que M. Shuttleworth est venu soumettre à l'association, dans la session d'août 1883. Ce cas soulève la double question de la responsabilité criminelle et de la capacité civile des imbéciles. Si les témoins sont admis à déposer, ils seront passibles de poursuites en cas de faux témoignage. La forme inattendue qui a été donnée aux débats a dispensé de rechercher dans cette cause la responsabilité criminelle de l'accusé.

La capacité civile des imbéciles est admise dans une certaine mesure par le jurisconsulte Blackstone. Cet auteur pense, en effet, qu'on ne doit pas priver absolument de leurs droits civils les imbéciles d'une catégorie supérieure, comme on en trouve, dans les établissements spéciaux. Néanmoins, on ne saurait établir entre ces individus des gradations bien définies, le mérite d'un sujet étant subordonné à plusieurs éléments, dont les principaux sont la perfectibilité de ses appareils, le sens de sa culture intellectuelle. Lorsqu'il s'agit d'un témoignage, une étude personnelle de l'imbécile permettra d'apprécier le degré de confiance qu'il mérite. Si, par exemple, sa faculté d'observation s'est développée, il pourra rendre compte d'un fait, sans en comprendre la portée morale ; son témoignage n'en sera pas moins précieux à la justice. Il y a quelque analogie entre le témoignage d'un imbécile et celui d'un enfant, qui est admis quelquefois par le juge. Il convient seulement de se tenir en garde contre les tentatives de séduction dont ces dégénérés peuvent être l'objet, et l'on ne doit pas ignorer que leur mémoire est défaillante, lorsqu'il s'agit d'apprécier le temps écoulé. Tous les droits civils, autres que celui dont il vient d'être question, sont contestables. On ne saurait accorder aux imbéciles le droit de signer des actes et de diriger leurs affaires. Ils devront être soumis à une tutelle permanente.

La responsabilité criminelle a sa mesure, chez eux, dans leur degré de connaissance, et ce degré varie avec la capacité originelle et le développemment mental résultant de l'éducation. Tel idiot sait que la mort peut être produite par un coup sur la tête ; un autre, que la cause de la mort peut être, dans ce cas, le résultat d'une fracture du crâne. On ne saurait les assimiler au point de vue d'une répression légale. Mais notre confrère se déclare partisan de la responsabilité partielle des imbéciles. Il serait le dernier à demander pour eux l'application rigoureuse de la loi; mais ce serait suivre une doctrine dangereuse que de laisser toujours leurs méfaits impunis, sous prétexte qu'ils sont imbéciles.

Définitions de l'aliénation mentale; par M. le Dr William H. Huggard.

M. Huggard propose la définition suivante : Un trouble mental qui rend une personne incapable de se conformer aux exigences de la société.

Cette définition renferme trois idées principales : Le trouble

mental, l'aptitude du sujet, le devoir social. Le second de ces points fournit matière à un développement intéressant. L'aptitude du sujet a pour base les rapports du cerveau avec l'esprit; ces rapports sont exprimés par les lois suivantes :

Le cerveau est l'organe de la pensée, et toute action mentale est précédée ou accompagnée de changements moléculaires dans quelque portion des centres nerveux supérieurs.

L'esprit et le caractère d'un individu sont déterminés par la constitution ou la structure de son cerveau.

L'action mentale tend à modifier la constitution du tissu nerveux.

D'après cette théorie, la responsabilité d'un homme dépend de la structure du son système nerveux. Un homme est responsable, si son organisation mentale possède une plasticité suffisante pour le mettre au niveau de ses devoirs.

Quant aux obligations sociales, qui sont le troisième élément de cette définition, elles varient avec les sociétés. Il faut moins de contrôle dans une société primitive qu'au milieu d'une civilisation avancée.

Pathologie de la manie; par M. le Dr JOSEPH WIGLESWORTH.

Cette conception ingénieuse repose sur ce principe de physiologie cérébrale que les centres les plus élevés du cerveau sont les derniers à se développer et les premiers à être atteints dans leurs fonctions. Les sentiments sont les matériaux dont l'intelligence est formée (Spencer). Ils constituent donc les éléments inférieurs de la conscience, l'intelligence en étant l'élément supérieur. Il s'agit de déduire de ces prémisses le mécanisme de l'accès de manie. Les centres élevés, *coordinateurs,* de l'écorce cérébrale sont les premiers affectés et leur fonction est abolie temporairement ou définitivement. Alors les centres inférieurs, qui occupent la plus grande partie de l'écorce, sont affranchis de tout contrôle et deviennent le siège d'une activité exagérée qui produit elle-même, par une stimulation réflexe sur le système vaso-moteur, un afflux de sang dans toutes les régions atteintes. L'hyperémie, dans cette hypothèse, serait donc secondaire et la conséquence du trouble fonctionnel des cellules cérébrales.

Cette manière de comprendre la manie s'applique à tous les cas possibles, quelle que soit l'intensité des symptômes. Plus grand sera le nombre des cellules supérieures atteintes, plus intense sera l'incoordination des autres.

Le rêve, le délire fébrile, l'action des anesthésiques sont heureusement interprétés par cette théorie. Elle rend compte aussi de l'inefficacité des calmants chez les maniaques. La médication calmante déprime les centres inférieurs du cerveau; cela est vrai, mais elle déprime doublement aussi les centres supérieurs, qui deviennent de plus en plus incapables d'exercer leur contrôle. C'est la perpétuation d'un cercle vicieux. M. Wiglesworth recherche enfin la distribution topographique des divers centres. Il remarque que le premier feuillet de l'écorce ne contient pas d'éléments ganglionnaires, que le second et le troisième feuillet sont affectés à la fonction sensorielle. Le quatrième contenant les éléments moteurs, on arrive, par exclusion, à localiser dans la cinquième couche, dont le rôle est encore inconnu, les fonctions intellectuelles ou de relation.

Lésions syphilitiques viscérales et autres chez des aliénés sans lésions cérébrales syphilitiques; par M. le Dr Julius Mickle.

Les observateurs sont unanimes à reconnaître la bénignité des manifestations extérieures dans la syphilis cérébrale. Une statistique a donné, sur 47 cas, 3 compliqués de phénomènes graves, 30 offrant des manifestations de moyenne intensité et 14 chez lesquels les symptômes extérieurs étaient insignifiants. M. Mickle lui-même a noté la marche insidieuse de cette affection, dont les lésions apparentes sont assez peu marquées pour que le diagnostic soit embarrassant. Dans la note qu'il a lue à la Société médico-psychologique, il signale un fait tout opposé. Des manifestations syphilitiques très intenses s'étendant à tous les viscères de l'économie et correspondant à un état à peu près indemne des centres nerveux. Nous voudrions pouvoir reproduire intégralement les deux observations intéressantes rapportées dans ce mémoire. En voici du moins le résumé succinct, en insistant sur la forme mentale et les points saillants de l'examen nécropsique.

I. J. M. militaire; vingt-six ans; première attaque remontant à huit mois; manifestation syphylitiques nombreuses dès le début; démence maniaque — ramasse des ordures qu'il prend pour des pierres précieuses; éruption papuleuse généralisée; lésions osseuses affectant le pariétal droit, la branche gauche du maxillaire inférieur, les deux os de la jambe droite; signes de phtisie et d'épanchement pleurétique. La mort a été précédée par le refus de nourriture, les vomissements, la constipation, l'apparition d'un bruit mitral et d'une douleur épigastrique.

Autopsie. — Lésions syphilitiques viscérales nombreuses; dégénérescence fibreuse du poumon; gommes du foie, du rein gauche; plaque cartilagineuse à la surface de la rate. Les lésions intra-crâniennes consistent seulement dans une destruction partielle, peu marquée, de la surface cérébrale dans les régions fronto-pariétales supérieures et latérales, frontale interne et temporale.

II. H..G. militaire âgé de trente-sept ans ; seconde attaque. D'abord maniaque, présentant un délire de grandeur, il devient silencieux et refuse de parler parce que la parole lui a été coupée par l'élève en médecine, que son langage sort visiblement de sa bouche et vient incommoder son entourage.

Autopsie — Foie syphilitique, pylore épaissi, rein granuleux, ulcération intestinale occupant la fin du côlon et le rectum. — Le poumon gauche est le siège d'indurations et de noyaux caséeux; les ganglions lymphatiques du sommet du thorax sont hypertrophiés et ont déterminé par compression des troubles circulatoires graves. L'encéphale présente à noter, comme lésion principale, une destruction superficielle des circonvolutions fronto-pariétales.

La base de la conscience : *Réponse au professeur Cleland*; par M. CHARLES MERCIER.

Le travail de M. Cleland, que nous avons récemment résumé à cette place, avait pour objet de critiquer les prétentions de l'école psychologique moderne. Le savant professeur s'attachait à démontrer que la conscience n'occupe pas dans l'encéphale une zone limitée de tissu nerveux. M. Mercier vient repondre en exposant ses vues en biologie et il affirme que M. Cleland les a mal comprises. Il aurait commis notamment une erreur regrettable en confondant les modifications de l'action nerveuse et celles de la conscience. Ces deux ordres de faits, tout en étant concomittants, n'en sont pas moins absolument distincts.

Quoiqu'en pense M. Cleland, M. Mercier n'a jamais eu la prétention d'aborder le grave problème du siège de la conscience. Lorsqu'il excite certaines zones de substance grise, lorsqu'il trace la direction de la force qui aboutit à certains muscles et détermine leur contraction, il découvre que l'activité de cette zone produit certains mouvements. Il localise une fonction physique et s'en tient là. On peut en inférer sans doute que, lorsque cette zone devient active, une idée corres-

pondant à ces mouvements naît dans le cerveau. Mais ce n'est qu'une simple supposition et de là à formuler une théorie du siège de la conscience, il y a loin. La biologie expérimentale se borne à la constatation des faits de l'ordre physique. De même pour les nerfs de sensibilité. L'excitation de la rétine ou d'une portion de la peau détermine la production d'un courant vers une région de l'encéphale. Il s'agit d'une agitation moléculaire du tissu nerveux, non d'un fait de conscience. Dans le premier cas, la zone cérébrale affectée a été nommée « centre visuel ». Cette appellation ne signifie pas que la portion désignée du cerveau est le siège de la sensation de vision; que, dans ce point, existe la conscience de la couleur et de la lumière. La science moderne est plus modeste; nous ne connaissons pas le siège de la conscience, nous connaissons seulement celui de l'activité nerveuse.

M. Mercier termine par un exposé très net de la doctrine des relations entre les hémisphères et les opérations mentales, en s'inspirant des idées de Spencer, Bain, Lewes, Clifford, Ribot et Taine.

Données de l'aliénisme (*suite*) ; par LE MÊME.

Parmi les altérations fonctionnelles de l'organisme, il en est qui intéressent surtout le médecin ; d'autres, au contraire, ont moins de valeur pour lui et méritent de fixer l'attention de l'aliéniste. L'engelure, par exemple, est pour le médecin une affection de peu d'importance, tandis qu'elle intéresse assez l'aliéniste pour lui faire parfois modifier son pronostic. Le médecin qui se trouve en présence d'un homme paralysé et aphasique, considère le cas comme très grave. Néanmoins le malade peut ne pas être aliéné. En d'autres termes, il peut encore être capable de s'adapter à son milieu (définition de la folie par M. Mercier). L'aliéniste a seulement à constater que cet homme a perdu certains moyens d'adaptation. L'aliéniste a donc le droit de négliger certaines altérations physiques ; il n'en tient compte qu'autant qu'elles compromettent les fonctions des centres élevés du cerveau. C'est à ce point de vue particulier que l'auteur se place en abordant l'étude des troubles fonctionnels de l'organisme.

L'organisme est un appareil qui absorbe et distribue la matière et la force. Les fonctions par lesquelles la matière est renouvelée, sont celles qui assurent l'existence de l'être ; celles qui président à la distribution de la force sont celles par les-

quelles il agit. Les premières ont été appelées fonctions végétatives. Elles sont continues, ne peuvent s'interrompre sans que la vie cesse, et sont soustraites au controle de l'individu. Les secondes, fonctions de relation, ont pour caractère d'être intermittentes, d'être soumises, plus ou moins à la volonté. Elles peuvent être suspendues pendant un certain temps, et leur interruption n'est fatale à l'être vivant qu'autant que les premières fonctions se trouvent compromises.

M. Mercier s'occupe d'abord des troubles de la vie végétative et commence par l'étude du sang.

Le sang tient en dissolution tous les tissus de l'économie. Son importance pour l'aliéniste est indéniable, non seulement parce que de sa composition dépendent la nutrition, et l'intégrité des centres nerveux, mais encore parce que la folie peut résulter de son altération par des substances étrangères. Il faut donc reconnaître deux modes d'altération du liquide sanguin : la diminution des éléments normaux, l'augmentation de ses éléments ou l'adjonction de produits étrangers.

La diminution des éléments normaux du sang entraîne la nutrition incomplète du tissu nerveux. Le résultat est un ralentissement fonctionnel, conduisant à cet état particulier de l'esprit qu'on désigne sous le nom de « langueur ». La conscience est alors amoindrie, et les personnes ainsi affectées sont sous le coup d'un commencement de folie. Seulement, l'aliénation liée à l'anémie garde son caractère bénin et ne dégénère pas en folie dangereuse et en démence. C'est la forme la plus simple de la perturbation mentale, la diminution de l'activité fonctionnelle. L'excès des éléments normaux, la présence d'éléments étrangers dans le sang déterminent des troubles d'un caractère différent et en général plus grave. L'action de l'alcool et des anesthésiques est particulièrement intéressante, en ce que ces agents ont la propriété de produire toutes les formes d'aliénation mentale sans exception. La forme mentale que présente un ivrogne ordinaire est empruntée à son individualité, et M. Mercier pense que la folie revêtirait cette forme spéciale, si l'individu devenait aliéné dans le cours de son existence. D'autre part, la belladone produit un délire uniforme chez tous les individus. Le délire qui complique la fièvre, reconnaît une cause différente suivant les périodes. Au début, il est l'effet de l'empoisonnement du sang; dans la période aiguë, de l'hyperthermie; au déclin de la fièvre, des pertes subies par le tissu nerveux. Lorsque le sang est infecté par un poison, les divers centres

nerveux sont le siège d'une décharge. Les vaso-moteurs sont le plus souvent infectés (sueur, refroidissement, etc.). D'autres fois, ce sont les centres moteurs qui entrent en scène (convulsions); enfin, les centres élevés peuvent être impliqués et le délire se manifeste.

La circulation est ensuite étudiée par notre confrère. L'aliéniste doit porter son attention sur la circulation périphérique qui lui fournit des indications précieuses sur l'état du sang dans le cerveau. Il ne devra pas négliger l'examen ophtalmoscopique. La température de la tête a son importance. Chez une femme qui présentait des sueurs profuses à la tête, l'autopsie a fait découvrir un état congestif intense du cerveau.

A propos de la fonction respiratoire, il faut noter la fréquence extrême de la pneumonie chez les aliénés et sa forme insidieuse, surtout chez les vieillards. La phtisie s'observe chez les idiots et certains aliénés d'une classe particulière. La tendance à la phtisie chez un aliéné aggrave le pronostic de la maladie mentale. Les troubles de la fonction rénale ont une signification fâcheuse. L'albuminurie avec rétinite urémique et hypertrophie cardiaque n'indique pas seulement une altération profonde de l'organe, mais encore une dégénérescence des centres nerveux supérieurs. La polyurie qui complique certaines formes mentales correspond simplement à une exagération de la pression vasculaire; elle n'indique pas forcément une lésion du rein.

L'intimité et l'obscurité des relations qui existent entre les organes digestifs et le cerveau sont deux faits connexes qui ont de tout temps frappé les pathologistes. Les troubles gastriques de la méningite, la dépression qui accompagne le mal de mer, l'angoisse produite par un simple coup sur l'abdomen sont des phénomènes du même ordre, tout en ayant une gravité différente. Hypochondrie et mélancolie sont deux termes créés par l'aliénisme, et personne n'ignore l'influence de l'état des fonctions digestives sur le moral de l'homme. La mélancolie chronique est toujours accompagnée d'une constipation opiniâtre. Plusieurs auteurs, Niemeyer entre autres, ont rapproché de la mélancolie le catarrhe intestinal chronique et considèrent ces deux affections comme deux aspects différents d'un même état morbide.

Enfin, la peau et les centres nerveux supérieurs se développent aux dépens du même feuillet du blastoderme et par là s'explique leur constante solidarité, démontrée dans ce chapitre par de nombreux exemples. Les drogues qui agissent sur le

système nerveux modifient les fonctions cutanées (bromure de potassium, arsenic, argent, opium, belladone). L'action exercée par les émotions sur le tégument mérite une mention spéciale. Quand l'émotion est légère, le retentissement est faible et passager (frissons, pâleur, rougeur, etc.). Un trouble profond de la fonction nerveuse entraîne des modifications durables dans l'appareil cutané. L'état de la peau chez les mélancoliques a été étudié en Angleterre par M. Daniel Hack Tuke, celui des cheveux chez les aliénés par MM. Crichton Browne et Bucknill. Dans quelques cas, une secousse morale violente a produit un changement subit dans la coloration des cheveux et de la peau. On trouve dans l'histoire de curieux exemples de cette transformation morbide.

Remarques sur les résultats fournis par les rapports collectifs sur les causes de l'aliénation mentale; par M. le Dr HERBERT MAJOR.

Les nouvelles tables statistiques sont en usage depuis 1876. Pendant ces six dernières années, les inspecteurs de l'aliénation mentale ont pu réunir, grâce à elles, un nombre déjà considérable de documents qu'ils ont publiés dans le Blue Book de cette année. M. Herbert Major étudie, d'après cette source officielle, l'influence des divers éléments étiologiques. Nous reproduisons ci-après les points les plus saillants de son travail. Les percentages des différentes causes ont été indiqués par année et pour chaque sexe.

CAUSES.	ANNÉES.	Hommes.	Femmes.
	—	p. 100.	p. 100.
Chagrins domestiques en y comprenant la perte d'un parent ou d'un ami.	1876	3. 4	9. 2
	1878	3. 8	9. 8
	1879	3. 8	9. 5
	1880	4. 2	9. 1
	1881	4. 3	10. 1
	1882	4. 2	10. 3
Circonstances adverses, anxiétés d'affaires, difficultés pécuniaires.	1876	6. 4	3. 3
	1878	7. 2	3. 2
	1879	8. 3	3. 6
	1880	7. 9	3. 3
	1881	8. 8	3. 3
	1882	9. 2	4. 0

Causes.	Années. —	Hommes. p. 100.	Femmes. p. 100.
Anxiété et fatigue mentale provenant d'autres sources que les précédentes, surmenage.	1876	5. 3	pour les deux sexes.
	1878	5. 9	
	1879	6. 2	
	1880	5. 7	
	1881	5. 7	
	1882	5. 6	
Frayeur*, *secousse nerveuse.	1876	0. 7	1. 9
	1878	1. 2	2. 0
	1879	0. 9	1. 5
	1880	0. 7	1. 9
	1881	1. 0	2. 1
	1882	0. 9	1. 7
Intempérance.	1876	22. 7	7. 3
	1878	21. 3	7. 9
	1879	21. 1	7. 6
	1880	19. 3	6. 5
	1881	19. 3	6. 6
	1882	19. 6	6. 8
Age avancé.	1878	3. 5	4. 1
	1879	3. 3	4. 5
	1880	3. 1	4. 3
	1881	3. 6	4. 1
	1882	3. 7	4. 3
Attaques antérieures.	1878	11. 1	14. 8
	1879	11. 2	14. 4
	1880	13. 4	16. 6
	1881	14. 5	18. 8
	1882	13. 2	18. 4
Influence héréditaire.	1876	14. 1	17. 1
	1878	16. 3	18. 8
	1879	17. 3	20. 2
	1880	19. 6	21. 2
	1881	18. 2	21. 2
	1882	18. 6	21. 8
Vice congénital.	1876	6. 7	4. 1
	1878	5. 9	3. 7
	1879	4. 8	3. 5
	1880	5. 4	3. 5
	1881	5. 3	3. 3
	1882	5. 4	3. 3

Excitation religieuse.	L'influenee de cette cause est peu marquée dans les deux sexes (2 à 3 p. 100).
Passion amoureuse, séduction.	Prépondérance marquée chez les femmes, le chiffre des cas chez les hommes est insignifiant.
Excès sexuels. — Maladies vénériennes. — Onanisme.	Ces causes prédominent chez les hommes.
Excès de fatigue physique.	Le percentage dans les deux sexes est insignifiant.
Insolation.	La proportion est de 2 p. 100 chez les hommes ; elle est insignifiante chez les femmes.
Accidents. — Blessures.	5 p. 100 chez les hommes ; 1 p. 100 chez les femmes.
Grossesse. — Accouchement. — Etat puerpéral. — Lactation.	Toutes ces causes réunies fournissent 9 p. 100 des admissions.
Privations. — Jeûne forcé.	Influence plus marquée chaque année du côté des femmes.

Surveillanee constante des aliénés suicideurs ; par M. le Dr Savage.

Le savant médecin de Bedlam soumet à ses collègues de la Société médico-psychologique quelques réflexions sur ce point délicat de pratique. On pourrait désigner, sous le nom de suicideurs *actifs*, les aliénés qui ont fait de sérieuses tentatives de suicide et sont sujets à les répéter. Leur nombre est moins grand qu'on ne croit, et représente seulement à Bedlam, le 5 p. 100 des admissions.

Les suicideurs les plus dangereux sont les hallucinés de l'ouïe, les persécutés et les mélancoliques très déprimés. On devra se défier des « grands coupables, des jeunes femmes qui ne sont « pas naturellement conformées ».

D'autres suicideurs appartiennent à toutes sortes d'aliénations mentales, depuis le paralysé général qui se tue pour prouver qu'il est immortel, jusqu'à la femme convalescente qui se donne la mort par désespoir de se trouver dans un asile d'aliénés.

La surveillance continue de ces malades s'exerce la nuit par plusieurs moyens. Le meilleur consiste à les placer dans des dortoirs communiquant largement entre eux. On a proposé aussi des chambres sans portes, ouvrant sur une galerie commune. Enfin on peut encore employer des cellules dont les portes sont

munies de fentes ou de vasistas par où le veilleur de nuit peut surveiller à tout instant le malade.

M. Savage pense que toutes ces mesures ne sont pas favorables à l'aliéné, qui doit être, autant que possible, livré à lui-même et laissé libre d'exercer son pouvoir de contrôle. Il a adopté la pratique suivante : Quand un aliéné est admis à Bedlam avec la note *suicideur*, il lui fait donner des vêtements et des articles de literie d'une étoffe spéciale et très-solide, et l'isole dans une cellule pendant quelques nuits. Plus tard, l'examen du malade lui permet de modifier sa conduite et il autorise ce dernier, sur sa demande, à combattre librement ses incitations morbides.

Alimentation et médication rectales; par M. JULIUS MICKLE.

Les indications de l'alimentation rectale sont étudiées avec soin dans ce travail. On devra y recourir : lorsqu'une lésion des premières voies s'oppose à l'introduction de la sonde, dans le cas de complication gastrique ou intestinale, lorsque la nutrition est incomplète (anémie, phtisie), dans les états convulsifs graves (apoplexie, paralysie générale, épilepsie, etc.) où des vomissements se produisent qui rendent l'usage de la sonde très dangereux, enfin lorsque les malades indociles, atteints d'affections physiques, très affaiblis, opposent à la sonde une résistance susceptible d'amener des accidents.

M. Mickle trace ensuite quelques préceptes utiles. On ne mélangera jamais l'acool avec un liquide albumineux. On fera précéder le lavement nutritif d'un lavement simple. Le malade sera couché sur le dos ou sur le côté gauche; la canule et le liquide à injecter seront chauffés modérément. On injectera d'abord de petites quantités. Si le lavement n'est pas gardé, on pourra se servir d'un tube introduit profondément dans le rectum. L'occlusion de l'anus est souvent utile. L'auteur s'occupe des préparations diverses qui conviennent à cette alimentation; il insiste sur l'efficacité des peptones. Nous ne pouvons donner place aux nombreuses recettes contenues dans son travail. La plupart se trouvent d'ailleurs reproduites dans des mémoires spéciaux insérés dans les *Annales*.

La voie rectale peut servir aussi à l'introduction des médicaments. Notre confrère recommande les lavements de chloral (1 gr 50) dans le traitement des états convulsifs. Dans les cas de marasme avec affaissement considérable et tendance à la syncope, l'alcool peut rendre des services. Dans des cas très-

graves, où il y avait danger de mort imminente, M. Mickle a combiné avec succès les lavements d'alcool avec la respiration artificielle. A cet intéressant mémoire sont jointes onze observations.

Etude des attitudes indiquant la condition de l'esprit démontrées sur des œuvres d'art; par M. le Dr Francis Warner.

Les attitudes naturelles des membres sont le résultat de l'action des muscles antagonistes soumis à l'influence de l'activité cérébrale. Elles doivent correspondre à un état mental défini. L'auteur de cette note s'est occupé à ce point de vue des attitudes de la main. Ayant fréquenté plusieurs années l'hôpital des enfants, il a pu se convaincre que la main délicate de ces petits malades, reflétait fidèlement leur condition mentale. Eh bien! les formes types qu'il a observées se retrouvent dans les chefs-d'œuvre de nos musées, et ce n'est pas le moindre charme de ce travail que de nous faire admirer la science profonde des maîtres de la statuaire antique. M. Francis Warner décrit successivement la *main nerveuse* (Vénus de Médicis), la *main énergique* (Diane du British Museum), la *main dans la frayeur* (Caïn de la galerie Pitti). La première offre les caractères suivants : le poignet est légèrement fléchi ou arqué, les articulations métacarpo-phalangiennes sont portées en arrière de la ligne droite, la première et la seconde étant légèrement fléchies; le pouce est étendu en arrière et un peu dans l'abduction. La main énergique se distingue à l'extension en arrière du poignet, les doigts et les pouces étant dans une flexion modérée. Dans la frayeur, le poignet se projette en arrière et toutes les articulations du pouce et des doigts sont dans l'extension.

Pour qu'elle puisse donner des indications sur la situation mentale, la main doit être libre et non employée à l'exécution d'un acte volontaire. Chez le gladiateur mourant, les deux mains s'appuient, l'une sur le sol, l'autre sur le genou du blessé, et soutiennent le poids du corps. La forme qu'elles présentent ne fournit aucune notion sur l'état mental. La même réflexion s'applique à l'Hercule au repos, dont les deux mains sont pendantes et obéissent à l'action de la pesanteur. Nous ne pouvons nous arrêter davantage sur ce curieux travail, auquel plusieurs belles gravures donnent une valeur véritable.

Evasions, liberté, bonheur, portes ouvertes et leur effet sur les malades des asiles; par M. le Dr CAMPBELL.

Le régime de liberté qui est actuellement en vigueur dans quelques asiles d'Écosse, suggère quelques critiques à M. Campbell qui voudrait, en premier lieu, que les rapports rédigés par les directeurs de ces établissements fussent plus complets. Les chiffres qu'il a pu réunir lui-même sont loin d'être favorables. La statistique que nous avons sous les yeux, donne des renseignements comparatifs sur quatre asiles anglais (Carlisle, Northumberland, Newcastle City, Durham) et quatre écossais (Argyle, Lenzie, Rosewell, Fife et Kinross). Sur ce tableau sont indiqués : la population totale, le nombre des épileptiques, des paralytiques généraux, des suicideurs, des vieillards, des faibles et enfin le chiffre des évasions au 31 décembre 1883. On y voit d'une part que la population des asiles anglais excède de près du double (2,344 pour 1,398) celle des asiles d'Écosse, que les formes mentales qui donnent à un établissement un caractère plus défavorable sont beaucoup plus nombreuses dans les premiers et, d'autre part que, malgré ces conditions fâcheuses, on n'a eu à constater en Angleterre que 42 évasions, tandis qu'en Ecosse il n'y en a pas eu moins de 72. Malgré sa longue expérience, le directeur de Garlands ne peut encore voir de sang-froid une évasion dans son asile. C'est un événement grave en raison des conséquences inattendues qu'il peut avoir. Tout récemment, une femme s'est évadée de l'asile ouvert de Lanzie et s'est fait écraser par un train. Heureusement pour l'asile, le mari a bien voulu transiger pour 50 livres et l'affaire en est restée là. De pareils faits sont peu encourageants pour l'application du nouveau système.

Est-il du moins plus favorable que l'ancien à la guérison des aliénés ? Les chiffres suivants paraissent démontrer le contraire. Les asiles ouverts de Fife et Kinross, d'Argyll et Bute, et de Landie ont respectivement une proportion annuelle de guérison de 43, 9, 32, 0, 46, 5 p. cent ; l'asile fermé de Garlands obtient le beau chiffre de 47, 7.

M. Campbell regrette de n'avoir pu étendre ses recherches et convient qu'une question semblable veut être appuyée sur d'autres documents. Mais il croit avoir le droit de protester contre l'engouement dont est l'objet le système des *portes ouvertes*. Il termine par quelques réflexions piquantes sur le prétendu bonheur dont jouissent les aliénés dans les asiles ouverts. Il se montre

sceptique à cet endroit et déclare qu'on ne peut se trouver heureux d'un simulacre de liberté, alors qu'une surveillance de tous les instants remplace les clôtures. Si la présence ou l'absence des serrures aux portes peut intéresser les malades, ce n'est qu'au point de vue d'une évasion possible.

Enquête sur la valeur des chiffres des guérisons dans les différents asiles pour établir le mérite respectif de ces asiles; par M. le Dr CHAPMAN.

Les documents empruntés par l'auteur aux nouvelles tables de l'Association médico-psychologique lui permettent de formuler les conclusions suivantes :

Le chiffre des guérisons ne peut servir à apprécier le mérite d'un asile, parce que :

Ce chiffre varie directement avec la proportion des malades compris dans la classe I (1re attaque datant de moins de trois mois) et III (rechute datant de moins d'un an).

Les guérisons de la 1re classe varient directement avec la curabilité des cas.

Les résultats obtenus, quoique basés sur une analyse très générale des cas, et masqués par certaines erreurs évidentes ou probables dans les tableaux, rendent compte de telles variations dans la statistique des guérisons qu'on peut supposer qu'une analyse plus complète laisserait peu de place au mérite de l'asile.

La statistique se montre peu favorable aux grands asiles, sans toutefois les condamner. Si les résultats obtenus dans les divers asiles touchant les différentes classes d'aliénés ne sont pas absolument uniformes, ces résultats approchent plus de l'uniformité que ceux fournis jusqu'à aujourd'hui par les statistiques usuelles.

Pronostic non réalisé; par M. HAYES NEWINGTON.

Ce chapitre est la contre-partie du remarquable mémoire de de M. Thompson, publié l'an dernier dans le *Mental Science*. Le pronostic porté par le médecin d'après certaines règles ne se réalise pas toujours. M. Newington affirme que ce résultat inattendu peut toujours être expliqué par une étude attentive des divers éléments qui servent de base au pronostic, et constate d'abord que les renseignements recueillis sont presque toujours incomplets ou entachés d'erreur.

Tout ce qui concerne l'hérédité, par exemple, est trop souvent

dissimulé par la famille. Ses effets sont d'autant plus graves que la parenté aliénée est plus directe. Un père et une mère aliénés exercent une influence plus fâcheuse qu'un parent collatéral. Si l'un des parents était aliéné, au moment de l'acte conjugal, cette circonstance constitue un danger de plus pour l'enfant,

Il n'est pas moins utile d'être bien renseigné sur le groupe de faits qui comprend : le tempérament, le caractère, les instincts, les habitudes du malade avant l'invasion de la folie. Sur tous ces points, la famille est portée à atténuer la vérité. On vous dépeint, par exemple, un malade comme habituellement calme, à moins qu'il ne soit provoqué. Le fait est exact, seulement vous découvrez que la provocation la plus futile suffit pour mettre ce malade en fureur..... Une modification dans les habitudes de l'aliéné se traduit en général par une exagération ou une diminution dans ses actes. La signification de ce phénomène est plus grave qu'un changement complet. Ce fait, bizarre au premier abord, s'explique aisément. L'altération partielle de la conduite résulte de l'affaiblissement du contrôle intime, de la réflexion, et le retour à l'état normal ne peut être obtenu que par la restauration de ces facultés qui sont justement les plus atteintes, lorsque la maladie est déclarée. D'autre part, une transformation complète dans les actes s'est produite plus ou moins promptement; le malade conserve encore le souvenir d'un état antérieur plus heureux. Il le compare avec sa situation actuelle, qu'il s'efforce de faire disparaître. Dans quelques cas, un changement radical dans les habitudes et les tendances, marquant l'invasion de la folie est suivi rapidement de guérison.

On laisse souvent ignorer au médecin l'existence d'accès antérieurs d'aliénation mentale et d'autres maladies graves, comme l'épilepsie. Les causes de l'invasion sont parfois si mal indiquées qu'il vaudrait mieux, pour le médecin, ne pas être renseigné du tout. C'est ainsi que les causes morales dépressives sont laissées dans l'oubli et qu'il ne les connaît que plus tard. Lorsque ces causes doivent exercer leur action d'une manière permanente, comme lorsqu'il s'agit d'irréparables revers de fortune, le pronostic est plus grave. Dans l'appréciation de la durée de la maladie avant l'entrée, on fera bien de tenir compte du temps pendant lequel le malade a pu être traité hors de l'asile. On devra enfin se défier des histoires trop longues qui sont toujours pour le médecin une source d'embarras.

Exaltation dans l'alcoolisme chronique; par M. le Dr Bonville Bradley Fox.

Cette forme délirante est plus fréquente qu'on ne suppose. Sept observations, prises avec soin par l'auteur de ce mémoire, lui ont permis d'étudier à part cet élément symptomatique. Il est surtout intéressant par les conditions dans lesquelles il se produit et qui permettent de le distinguer du délire ambitieux des épileptiques, des masturbateurs et des paralysés généraux.

Dans l'épilepsie, l'exaltation revêt la forme paroxystique et intermittente. Il y a d'ailleurs des attaques qui viennent fixer le diagnostic. Notre confrère remarque que la folie alcoolique se complique parfois d'épilepsie. Dans ce cas, le diagnostic peut offrir des difficultés sérieuses. Chez les onanistes, la forme délirante consiste dans le développement exagéré de l'amour-propre et de la confiance en l'avenir. En outre, le masturbateur est à la fois jeune, anémié, hypochondriaque. Il a un appétit vorace, tandis que l'alcoolique mange peu. Avec la paralysie générale, la distinction est moins aisée, l'aspect symptomatique présentant des affinités nombreuses dans les deux affections, aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental. Néanmoins une étude attentive et prolongée des malades peut mettre en évidence quelques signes précieux. Ce sont : 1° l'abaissement de température chez les alcooliques; 2° la rareté chez les paralysés généraux de ces troubles anesthésiques qu'on observe si fréquemment chez les victimes de l'alcool; 3° la fréquence plus grande du gâtisme chez les individus atteints de paralysie générale.

Les conceptions ambitieuses sont d'un pronostic fâcheux dans l'alcoolisme chronique. Ce symptôme se distingue par sa fixité et sa constance. Il est l'expression d'une altération lente du cerveau, produite par des hyperémies répétées.

Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique le 23 juillet 1884; par M. le Dr Rayner.

C'est au Dr Manley, élu président à la dernière séance annuelle, que revenait l'honneur de prononcer le discours d'usage. M. Manley étant éloigné de ses collègues par une maladie grave, le Dr Rayner, secrétaire général, a pris la parole à sa place. Son allocution est un excellent mémoire, où sont condensés tous les faits qui intéressent actuellement la science mentale et la profession aliéniste.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés (the consolidation and amendement of the Lunacy Lows) est la préoccupation du jour. Quel que soit le sort qui l'attend, l'orateur croit devoir défendre les asiles privés contre les attaques malveillantes auxquels ils sont en butte. Il convient de remarquer que l'enquête publique leur a été favorable et que, sur 185,000 certificats d'admissions, pas un seul n'a pu être incriminé. Si l'abolition de ces asiles est résolue, il faudra dédommager les médecins qui les possèdent et pourvoir à l'assistance des malades privés, jouissant d'une fortune médiocre. M. Rayner voudrait voir créer des établissements publics pour cette catégorie de pensionnaires, où ils pourraient être traités au prix modéré de 10 à 20 schellings par semaine.

La procédure d'admission devra aussi être réformée dans le but de faciliter l'entrée du malade à l'asile. Sous la législation actuelle, les aliénés attendent trop longtemps leur admission, parce qu'on ne trouve pas de médecins qui consentent à signer un certificat. Bon nombre de malades sont versés dans les workhouses où, par une bizarre anomalie, leur séquestration est autorisée sans que le principe de la liberté individuelle en paraisse atteint. La mesure qui s'impose est le placement ordonné par le magistrat sur la demande des parents ou amis. Il n'aura pas d'autres fonctions, bien entendu, que de constater que les médecins signataires du certificat ont la compétence voulue.

Le contrôle des aliénés dans la maison privée peut être fait par des inspecteurs généraux, des sous-inspecteurs, ou des médecins désignés dans le district. Quatre inspecteurs supplémentaires suffiraient amplement pour ce service. En 1882, les maisons autorisées ont reçu seulement 1096 aliénés; 896 ont été admis dans les hôpitaux et 106 seulement ont été traités à domicile.

M. Rayner constate avec satisfaction que le County Boards Bill n'a pu encore parvenir à maturité. En attendant sa promulgation, il émet le vœu qu'un ministère de la santé publique soit institué et que l'aliénation mentale soit comprise dans son département.

En 1859, 36,000 aliénés étaient inscrits en Angleterre; en 1883, leur nombre est de 76,000. Cet accroissement énorme est-il dû à une production plus grande des cas de folie ? L'orateur ne le pense pas. L'augmentation des malades inscrits reconnaît quatre causes principales : l'inscription plus régulière

des aliénés, l'Irrémovable Poor Act de 1861, l'allocation gouvernementale de 1875, la longévité plus grande des aliénés dans les asiles. Les deux premières causes ont cessé d'exercer leur action, les deux autres subsistent encore. Il espère que ces statistiques seront heureusement modifiées dans l'avenir, grâce aux progrès de la civilisation, et il constate que le mouvement ascensionnel s'est déjà ralenti pendant ces quatre dernières années (*Rapport de la commission des aliénés*). Le jour où il s'arrêtera, l'assistance de ces malades pourra être plus intelligente. On pourra faire mieux, en fait d'architecture spéciale, que d'agrandir indéfiniment les vieux asiles. Les imbéciles dont la séquestration ne sera pas rigoureusement nécessaire, pourront être rendus à leurs familles, et l'économie réalisée permettra de construire des établissements d'un type nouveau, destinés aux cas récents et pourvus de tous les moyens thérapeutiques.

Passant au traitement de la folie, M. Rayner montre une entière confiance dans son avenir. Jusqu'ici, le progrès a consisté surtout dans l'extirpation des erreurs anciennes, la proscription de prétendus spécifiques. Notre savant confrère ne dissimule point son antipathie pour les drogues et fait rigoureusement son procès au chloral. Il nous reste beaucoup à apprendre sur l'application du froid, de la chaleur, de l'électricité, sur la médication contro-stimulante et antiphlogistique. L'hypnotisme, que les travaux de M. Hack Tuke ont tant contribué à faire connaître, est sans doute un des moyens les plus précieux de la thérapeutique de l'avenir, mais il est encore peu pratique de nos jours. Le système des portes ouvertes n'imposera la confiance que lorsqu'il s'appuiera sur des documents statistiques sérieux.

Le régime diététique des aliénés donne lieu à quelques remarques. Il aurait besoin d'être plus varié dans sa forme, en même temps que ses éléments devraient être soumis, pour la quantité, à une réglementation officielle. Il conviendrait que l'Association médico-psychologique entreprît l'élaboration d'un système de tableaux où seraient indiqués les divers éléments du régime diététique. Remplis par l'administration des asiles, ces tableaux permettraient de faire des comparaisons instructives et profitables. L'orateur termine par quelques réflexions sur l'éducation des gardiens et sur la prophylaxie de l'aliénation mentale. Il propose la création d'un comité d'investigation collective qui aurait pour mission de rechercher et de vulgariser les causes de la folie.

Valeur de l'électricité dans le traitement de l'aliénation mentale; par M. le Dr Newth.

L'électricité n'a pas encore conquis son rang dans la thérapeutique mentale, parce que ses indications et son mode d'emploi sont encore mal connus des praticiens. La note lue par M. Newth, dans la séance du 23 juillet de l'Association médico-psychologique, contient quelques préceptes utiles. Ce médecin repousse l'emploi de l'électricité statique et n'admet dans la pratique que l'application des courants (faradisation, électro-magnétisme). Les courants continus, dirigés du centre nerveux à la périphérie, sont avant tout sédatifs ; les courants intermittents ou induits, exercent, au contraire, une stimulation puissante. Le courant continu produit aussi, par son action catalytique, une modification dans la nutrition des tissus. Ces effets électrolytiques n'ont pas encore été utilisés dans les maladies cérébrales.

Selon la manière dont il est appliqué, le courant continu Produit des effets complexes et variés. Il peut être antispasmodique, antiparalytique, reconstituant, stimulant, tonique. Le mécanisme de ces actions diverses a été démontré par les recherches de Pflüger, Cyon et autres. Ces auteurs ont établi qu'un état d'*anelectrotonus*, ou de dépression, se produit au point d'application du pôle négatif ou *anode*, et qu'un état de *caelectrotonus* ou d'excitation se manifeste au point d'application du pôle positif ou *catode*. L'étude de la direction du courant est donc le point capital dans l'emploi de ce procédé thérapeutique. Il faut avoir soin de la vérifier fréquemment, à l'aide du galvanomètre, pour ne pas s'exposer à des résultats tout opposés à ceux qu'on recherche. On devra vérifier souvent l'appareil qu'on emploie.

Le mode opératoire le plus usité consiste à appliquer un électrode à la nuque, entre la seconde et la troisième vertèbre cervicale, et l'autre, sur un point éloigné du corps, la main, le pied, la partie inférieure de la colonne vertébrale, la région du foie, des reins, etc. Par exemple, si l'on porte à la nuque le pôle négatif, l'application du courant constant produira un effet sédatif et tonique. L'action du courant induit sera, par le même procédé, puissamment stimulante.

Recherches pathologiques dans les asiles d'aliénés; par M. le Dr JAMES ADAM.

Dans quelles proportions se pratiquent les autopsies dans les asiles d'Angleterre? Telle est la question posée par l'auteur dans ce mémoire. Le Blue Book de 1883 nous apprend que le nombre total des aliénés d'Angleterre et du pays de Galles est de 67,418, donnant une mortalité de 4,785 décès. Les asiles de comté et de bourg contiennent 55.103 malades, donnant une mortalité de 4,132. Le dernier rapport des inspecteurs constate dans ces établissements une impulsion sérieuse donnée aux études nécropsiques. Tandis qu'en 1880, les autopsies ont été pratiquées dans le rapport de 37 p. 100, cette proportion s'est élevée à 59 p. 100 en 1881.

Dans les asiles d'aliénés, on peut procéder sans trop de difficultés aux examens cadavériques, mais il importe de pouvoir les pratiquer de bonne heure. Dans quelques établissements, le directeur remet aux parents, au moment de l'admission d'un malade, un avis imprimé qui les met en demeure de s'opposer par écrit à l'autopsie de l'aliéné, s'il vient à décéder plus tard. Ailleurs, un ordre permanent de l'autorité judiciaire interdit d'établir le certificat de décès, avant d'avoir procédé à l'examen nécropsique. Mais dans certains pays, dans les colonies par exemple, le directeur se trouve en présence d'une opposition officielle qui le met dans l'impossibilité d'accomplir sa tâche.

Il s'est produit dans ces derniers temps, dans le monde médical et scientifique, un mouvement en faveur du droit d'autopsie. Ce droit est admis dans quelques asiles, dont le règlement est approuvé par le ministre de l'intérieur. L'autopsie n'est pas seulement nécessaire à l'étude, elle a encore son utilité au point de vue moral, en permettant de faire la lumière sur les causes souvent obscures d'un décès, en démontrant l'innocence de gardiens injustement calomniés. M. James Adam constate ensuite avec regret que les études nécrosiques, dans les conditions où elles sont faites aujourd'hui, sont peu profitables pour la science. Le plus souvent, en effet, les procès-verbaux d'autopsies intéressantes demeurent enfouis dans les cartons de l'asile. Il voudrait leur donner une publicité fructueuse et propose, dans ce but, l'emploi d'un tableau synoptique qui pourrait être rempli par les médecins et dont il donne ci-dessus le modèle.

LISTE DES OBSERVATIONS CONSIGNÉES AUX NOTES ET CAS CLINIQUES.

Cas de mélancolie avec stupeur et catalepsie; par M. le Dr JAMES ADAM.

Trois cas : le premier avec les symptômes usuels de la paralysie générale, le second avec des symptômes douteux, le troisième avec des symptômes marqués : pachyméningite dans tous (avec figure); par le Dr SAVAGE.

Cas ressemblant à la paralysie générale; méningite suivie d'épanchement de lymphe et de pus dans le sac arachnoïdien; par le Dr JOHN MANLEY.

Cas de goître exophtalmique avec manie; par M. CARLYLE JOHNSTONE.

Cas de paralysie générale chez une femme; par M. le Dr COWAN.

Aliénation mentale datant de sept ans traitée par l'électricité; par le Dr ROBERTSON.

Cas de paralysie générale avec sclérose latérale de la moelle; par le Dr SAVAGE.

Folie circulaire; par le Dr PACKER.

Démence avec aphasie; atrophie (avec sclérose ?) de l'hémisphère cérébral gauche (avec planche); par le Dr RAMIE.

Aliénation mentale des jumeaux; par le Dr A. MICKLE.

Symptômes mentaux d'une affection ordinaire du cerveau; par le Dr GASQUET.

Modèles d'exercices sur les hallucinations, à l'usage des infirmiers d'asile; préparés par M. CAMPBELL CLARK.

Manie aiguë avec altération pseudo-aphasique du langage; par le Dr MITCHELL.

Tumeur endothéliale de la dure-mère, etc. (avec planche); par le Dr MAC DOWALD.

Guérisons inattendues; par le Dr WILLETT.

Cas rapportés; par le Dr STRAHAN.

Cas d'hémorrhagie cerébelleuse. Anomalies des artères cérébrales; par le Dr JAMES SHAW.

Hémichorée post-hémiplégique associée avec l'aliénation mentale (avec figure); par M. BEVAN LEWIS.

Cas de paralysie générale avec pachyméningite (avec figure); par le Dr SAVAGE.

Défectuosité mentale congénitale avec délire du soupçon chez deux jumeaux (avec portraits); par le Dr MAC DOWALD.

Cas de perversion sexuelle chez un homme; par le Dr SAVAGE

Cas supposé de manie aiguë, terminé par la mort après une série d'attaques épileptiformes; par le Dr RAMSDEN WOOD.

Cas de folie survenant après une blessure à la tête par le Dr RAYNER.

Les chroniques trimestrielles sont presque exclusivement consacrées aux nombreuses affaires judiciaires qui se sont succédé dans le cours de l'année.

La « central criminal court » a eu à juger deux procès pour meurtre qui ont eu, l'un et l'autre, une terminaison tragique. William Gouldstone, âgé de 26 ans, forgeron, est la malheureuse victime d'une double hérédité. C'est un homme laborieux, d'habitudes tranquilles; mais il a toujours été bizarre, recherchant la solitude et ses compagnons le considéraient comme insociable. Il avait des rêves de nature religieuse et des accès de céphalalgie. Enfin, la misère apporte son fatal appoint pour déterminer l'explosion du délire. Un jour, il massacre de sang-froid ses cinq enfants pour leur procurer le ciel. Après avoir accompli cet acte épouvantable, il mange, dort parfaitement et affecte ce calme et cette sérénité que l'on observe chez les aliénés de cette catégorie.

James Cole est un halluciné qui croit que des individus ont été cachés sous le plancher par sa femme pour attenter à sa vie. Une nuit, il saisit par les jambes un de ses enfants, âgé de trois ans et lui fracasse la tête contre le mur.

Gouldstone et Cole ont été condamnés à mort, mais leur sentence a été revisée dans la suite. M. Hack Tuke fait ressortir, à propos de ces deux affaires, la nécessité de réformer la procédure criminelle en ce qui touche les aliénés, et rappelle la résolution votée, l'an dernier, au sein de la Société médico-psychologique. Dans la première affaire, le médecin expert, qui était le Dr Savage, a été maintenu par le juge dans les limites étroites d'un interrogatoire bien connu et a vu paralyser tous ses efforts pour éclairer le jury. Il faut désirer que l'enquête sur l'état mental des individus soit faite avant leur comparution devant les magistrats. Cole avait donné, dans sa vie, de nombreux signes d'aliénation mentale, et si la connaissance de ces faits eût été acquise aux débats, elle eût certainement rendu impossible une sentence inique.

Le cas de M. Gilbert Scott n'est pas ordinaire. Ce gentleman d'une tenue jusque-là correcte, a présenté à la fois, à une certaine époque de sa vie, une transformation du caractère et du sens moral, et des habitudes d'intempérance. Que l'alcoolisme soit ou non le facteur principal de son affection mentale, cet homme est devenu aliéné. Il est délirant par persécution, voit des ennemis partout et il est poursuivi par des idées d'empoisonnement. Ce trouble mental est compatible avec une lucidité apparente et permet au malade de s'adonner à sa profession d'architecte. Les extravagances qu'il a commises l'ont fait successivement enfermer à Bethléem et dans une maison privée. Deux fois il s'est évadé et a pu gagner la France. Il a été soumis, en dernier lieu, à une enquête judiciaire qui l'a déclaré aliéné. Mais le piquant de cette histoire, c'est que M. Scott vit en liberté dans notre pays où, sous la protection de médecins qui ont affirmé son intégrité mentale, il proteste énergiquement contre le verdict qui l'a frappé.

Les deux affaires suivantes ont une importance moindre, mais ne sont pas dénuées d'intérêt pour les aliénistes. Aux assises de printemps de Devon, un sieur William Strong a été condamné à 20 livres d'amende pour avoir reçu des aliénés dans sa maison de santé sans autorisation. L'indulgence des juges s'explique par les bons antécédents de l'accusé, mais elle n'en provoque pas moins les critiques de notre distingué confrère. Enfin, nous devons faire connaître une décison de la cour d'appel qui exempte des droits d'auteur les théâtres privés. Cet arrêt, rendu en faveur de Guys Hospital, intéresse aussi les asiles d'aliénés dans lesquels des représentations théâtrales sont données aux malades.

Nous ne pouvons laisser ce chapitre sans mentionner le magnifique plaidoyer prononcé devant la chambre des lords, le 6 mai 1884, par lord Shaftesbury en faveur de la législation des aliénés. Le compte rendu de cette séance se trouve presque entièrement reproduit dans les notes du trimestre d'octobre.

La *Revue* donne l'analyse des travaux suivants :

37e *Rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale*, 31 *mars* 1883.

25e *Rapport annuel de la commission générale des Inspecteurs de l'Ecosse*, 1883.

Recherches sur les facultés humaines et leur développement par Francis Galton.

Die alchoolischen Geistes Krankheiten in Basler Irrenhausse. Von damaligen assistenzarzte; WILHEM VON SPEYR. 1882.

Traité de l'aliénation mentale et de ses relations médicales; par le Dr WILLIAM HAMMOND

Traité des maladies du système nerveux; par le Dr JAMES ROSS.

Aliénation mentale : classification, diagnostic et traitement; manuel pour les étudiants et les praticiens; par le Dr SPITZKA.

Maladies du cerveau et de la moelle; par le Dr DAVID DRUMMOND.

Manuel de médecine psychologique et des maladies nerveuses qui s'y rapportent; par le Dr EDWARD C. MANN.

Aliénation mentale considérée dans ses relations médico-légales; par le Dr BUCKHAM.

Leçons cliniques sur les maladies mentales; par le Dr CLOUSTON.

Extra-pharmacopée des drogues et préparations chimiques et pharmaceutiques non officielles; par Martindae et Westcott.

Ueber die Gesetze des periodischcn Irreseins; par le docteur DE KORTER.

Relations entre l'esprit et le cerveau; par le Dr HENRY CALDERWOOD.

Traité des névroses; par le Dr AXENFELD.

Rappel des facultés familiales, etc.; par V. GALTON.

Leçons sur les maladies mentales; par le professeur BALL.

Essai pratique d'électricité médicale, par le Dr DE WATTEVILLE.

Corps et volonté; par le Dr HENRY MAUDSLEY.

Prolégomènes de morale; par feu J. N. GREEN.

Behandlung der Pyschosen mit Electricität; par le Dr TIGGES.

Leçons sur les localisations des maladies du cerveau et de la moelle; par le professeur Charcot.

Origines de la maladie; par JONATHAN HUTCHINSON.

Science du cœur humain ou la psychologie des passions d'après les œuvres de Molière; par le Dr PROSPER DESPINE.

Handbuch der Gerichtlichen Médecin etc.; par le Dr HERMANN KORNFELD.

Esquisses de psychologie, en insistant spécialement sur la théorie de l'éducation; par JAMES SULLY.

La loi du sexe ; loi naturelle en vertu de laquelle le sexe du produit est déterminé chez l'homme et les animaux inférieurs; par GEORGES STARKWEATHER.

Sur la théorie de la paralysie générale. De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladiés distinctes; par le Dr J. BAILLARGER.

Essais pratiques; par le Dr A. BAIN.

NOTES ET NOUVELLES.

Séances de la Société médico-psychologique.

Séance du 26 octobre 1883. Le président, M. Manley, adresse quelques paroles de regrets à la mémoire du Dr Boyd, mort récemment à l'incendie de Southall Park.

M. Rayner soumet ensuite à ses collègues le fait clinique suivant : Deux aliénés affectés de corps étrangers de l'œsophage ont été traités avec succès par des lavements de bromure de potassium (15 grammes) et d'opium. Sous l'influence de cette médication, le spasme œsophagien a cessé et ces corps étrangers ont pu descendre dans l'estomac. Cette communication a donné lieu à quelques remarques de la part de MM. Savage, Rayner, Hack Tuke, Manley.

Lecture : Aliénation et médication rectales, discussion : MM. Fletcher, Beach Lewis, Manley.

A la fin de la séance le Dr Savage entretient ses collègues des essais d'éclairage électrique qui sont faits actuellement à Bethléem.

Séance du 5 février 1884. A l'ouverture de la séance, le Dr Orange, président, prononce l'éloge de feu le Dr Parsey, directeur de l'asile du Comté de Warwick, ancien président de l'Association.

Lecture : Surveillance constante des aliénés suicideurs. — Discussion : MM. Rayner, Ley, Hack Tuke, Finch, Huggard, Orange.

Lecture : Quelques symptômes mentaux d'une maladie ordinaire du cerveau par M. Gasquet. — Discussion : MM. Orange, Savage, Mercier, Hack Tuke, Mickle.

Lecture : Résultats des rapports collectifs sur les causes de l'aliénation mentale par le Dr Major. — Discussion : MM. Orange, Huggard, Mercier, Savage, Hack Tuke.

Séance du 16 novembre 1883 à Edimbourg. — Lecture : Education spéciale des gardiens d'asiles, par M. Campbell Clark. — Discussion : M. Rory, Clouston, Ronaldson, Ireland. Urquhart, Yellowlees, Howden, etc.

Lectures : Meurtre commis sous l'influence d'une impulsion homicide.

Précautions contre le feu dans les asiles d'aliénés.

Séance du 21 février, à Glascow. — La question de l'éducation des gardiens d'asiles a été reprise. Il a été décidé qu'un Manuel d'instruction à l'usage des infirmiers serait publié par les soins d'une sous-commission formée des docteurs Urquhart, Turnbull, Clark et Maciver Campbell.

Séance du 6 mai, Londres. — Lectures : Pronostic non réalisé, par le Dr Hayes Newington. — Discussion : MM. Stewart, Savage, Mercier :

Exaltation dans l'alcoolisme. — Discussion : MM. Rayner, Stewart, Savage.

A la fin de la séance, M. Mercier fait une motion en faveur des aliénés anglais qui sont traités à l'étranger et recommande ces infortunés à la sollicitude du ministre pour qu'il soit pourvu à leur rapatriement. La motion de M. Mercier est appuyée à l'unanimité.

Séance annuelle tenue à Londres le 23 juillet 1884 sous la présidence du Dr Rayner.

L'assemblée procède au renouvellement de son bureau. Le Dr Eames est élu président pour l'année suivante. Les pouvoirs des deux comités, parlementaire et de statistique, ont été ensuite renouvelés.

La séance du soir a été remplie par une discussion fructueuse de l'adresse présidentielle, discussion à laquelle ont pris part MM. Maudsley, Hack Tuke, Mould, Bucknill, Hayes Newington, Campbell, Fletcher Beach, Yellowlees, Stewart, Bonville Fox.

A cette séance assistaient M. le baron Mundy et le Dr Nichols, de New York. Ce dernier, dans une allocution, dont la verve n'était pas exclue, a donné à ses confrères d'intéressants détails sur l'assistance des aliénés aux Etats-Unis.

Séance annuelle de l'Association médicale anglaise, tenue à Belfast du 2) juillet au 1er août 1884. — Le Dr Savage, président, a prononcé un remarquable discours sur la pathologie de l'aliénation mentale. Une discussion a suivi, à laquelle ont pris part MM. Deas Stewart, Tuke, Conolly Norman, Wods, Isaac Ashe.

L'assemblée a entendu, au cours de ses séances, la lecture des mémoires suivants :

De l'ivresse, maladie associée à l'aliénation mentale; par le Dr Norman Kerr.

Les boissons alcooliques dans les asiles anglais; par le Dr Hack Tuke.

De la folie morale ; par le même.

Surveillance des aliénés suicideurs; par le Dr Yellowlees.

Aliénation mentale compliquée d'asthme : par M. Conolly Norman.

Remarques sur le traitement de la démence épileptique; par le Dr Harkin.

Le même chapitre mentionne l'ouverture récente d'un nouvel établissement destiné au traitement des buveurs d'habitude à Rickmansworth, sous le patronage de MM. Dalrymple. On y trouve enfin le compte rendu de la séance annuelle de l'association en faveur des aliénées convalescentes, un modèle des tables statistiques adoptées par l'Association médico-psychologique et des articles nécrologiques sur les Drs John Dale Hewson William Henry, Parsey et Thomas Qirkbride.

BIBLIOGRAPHIE

Lectures on Mental Diseases, par le Dr Sankey, **professeur des maladies mentales à *l'University College*. London, second édition. in-8. Lewis. London, 1884.**

Le Dr Sankey n'est certainement pas inconnu des aliénistes français, de ceux-là même qui ne sont point familiarisés avec la langue anglaise. C'est lui qui a le plus contribué, il y a vingt ans, à répandre chez nos voisins d'outre-Manche nos idées sur la paralysie générale, et un de ses mémoires a été traduit dans ce recueil, en 1862, par M. Rousselin. Très versé dans la littérature médicale de notre pays, l'auteur anglais se plaît à citer nos travaux et souvent, sous sa plume, reviennent les noms de MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Calmeil, Falret, Foville, Legrand du Saulle, etc., etc. Il est donc juste de signaler le succès obtenu en Angleterre par ses leçons cliniques sur les maladies mentales, succès que vient de consacrer une deuxième édition de son ouvrage. Ce succès est-il justifié? Je ne puis mieux répondre qu'en donnant une analyse de l'œuvre.

Elle est divisée en cinq parties, où les phénomènes de l'esprit sont successivement étudiés au triple point de vue de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale. La première partie, à mon avis, n'a pas sa raison d'être, surtout dans un ouvrage de clinique. Le Dr Sankey croit à l'utilité de de la psychologie pour l'étude des maladies mentales; il aurait raison, si la psychologie existait de nos jours comme science, mais la psychologie expérimentale, la seule qui serait utile, naît à peine et loin d'être à même d'éclairer la psychiatrie, c'est de cette dernière qu'elle attend le plus précieux concours. Les maladies mentales sont, en effet, appelées à être pour la physiologie de la couche corticale, ce que les maladies de la moelle ont été pour la physiologie de cet organe.

Toute l'originalité du livre de M. Sankey réside dans la partie relative à la pathologie. La médecine légale y est sans doute bien traitée et mérite d'être lue, mais ne contient rien de

suivant, sauf une assertion sur les folies à retour que nous signalons plus loin. Nous nous arrêterons donc exclusivement sur les doctrines pathologiques.

Ce qui donne à l'œuvre son originalité et ce qui sans doute a assuré sa fortune, c'est la classification. Le Dr Sankey divise toutes les maladies mentales en deux groupes : idiopathique et symptomatique. Le premier groupe ne comprend que deux divisions : la folie liée à une modification pathologique et la folie liée au développement de l'individu. La première se subdivise en folie proprement dite et en paralysie générale; la seconde, en idiotie et en sénilité. Ainsi, pour l'aliéniste anglais, toutes les folies simples décrites de nos jours ne sont que les phases d'une maladie mentale toujours la même qui, débutant d'une manière invariable par la mélancolie, est susceptible de s'attarder plus ou moins à tous les degrés de son évolution. En un mot, M. Sankey étend à toutes les folies simples ce qui a été fait dernièrement en France pour les folies systématisées. Si la simplification était un progrès sûr et l'indice certain de la vérité, M. Sankey aurait le droit de n'avoir aucune crainte sur la solidité de sa doctrine, mais il sait très bien que selon un de ses plus illustres compatriotes, Spencer, le passage de l'uniforme au multiforme est dans certains cas un progrès, et je me demande si tel n'est pas ici le cas. Comment, au point de vue clinique, n'être pas frappé des différences profondes qui séparent les délires généraux des délires systématisés, un maniaque ou un lypémane stupide d'un mégalomane persécuté!

Quoi qu'il en soit, selon M. Sankey, la folie simple débute toujours par un état aigu de mélancolie, caractérisé par quatre ordres de symptômes psychiques : dépression de l'émotivité, appréhensions maladives, altération des passions et des instincts moraux, illusions. A ce premier degré, la maladie attaque exclusivement l'émotivité et la sensibilité, l'intelligence reste lucide. Elle se termine par la guérison, la mort, ou continuant son évolution, elle aboutit soit à la mélancolie chronique, soit à la manie aiguë. L'état maniaque devient ainsi, dans la classification de l'auteur anglais, la seconde période de la folie simple. Si la guérison ou la mort ne survient pas, la manie passe à l'état chronique qui constitue la troisième période.

M. Sankey décrit en même temps la lypémanie chronique et la manie chronique, car, dit-il, en réalité ils s'enchevêtrent tellement dans certains cas que mieux vaudrait les comprendre tous les deux sous la dénomination de folie chronique en se

souvenant que l'expression de mélancolie chronique indique seulement la prédominance des symptômes mélancoliques et celle de manie chronique une plus grande tendance à la violence. Enfin la folie chronique, à défaut de guérison ou de décès, aboutit à la démence, quatrième période.

Telles sont les idées originales défendues avec talent par M. Sankey. La description de la folie simple se complète par deux excellents chapitres, l'un sur l'étiologie, l'autre sur les folies à retour. A l'occasion de celles-ci, l'auteur établit que le second accès diffère du premier par son début brusque et l'absence de la phase mélancolique; il affirme en outre que quand un acte violent, en apparence non motivé, constitue la manifestation subite de l'accès, on trouve toujours chez l'aliéné des antécédents pathologiques, car ces impulsions dangereuses ne sont jamais le fait d'une première attaque. Il rapporte à l'appui de son assertion, dont l'importance médico-légale serait considérable, de nombreux exemples. Il serait à désirer qu'elle fût confirmée par d'autres observateurs.

Passant à la paralysie générale, M. Sankey croit qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, cette affection diffère de la précédente en ce que la lésion initiale siège dans le tissu nerveux, tandis que dans la folie simple elle consiste au début en une altération du sang. La lésion principale serait, pour lui comme pour l'école française, la sclérose. Il décrit avec détails l'altération des vaisseaux. Les formes cliniques et l'étiologie se rapprochent aussi beaucoup de ce que nous acceptons. Je regrette seulement que l'auteur, qui est si au courant de notre mouvement scientifique, ne fasse nulle part allusion aux deux graves questions qui nous occupent en ce moment: la dualité de la paralysie générale et les pseudo-paralysies générales.

La seconde division du premier groupe de l'auteur, ou groupe idiopathique, est constituée par l'idiotie et la sénilité qu'il décrit sous le même titre. Cette méthode me semble regrettable. L'idiotie et la démence sénile, bien que caractérisées l'une et l'autre par de la faiblesse intellectuelle et dues toutes les deux à des procédés de développement, diffèrent trop par leur étiologie, leur symptomatologie et leur anatomie pathologique, pour être réunies dans un même chapitre et classées sous le même titre d'états de faiblesse intellectuelle.

Le second groupe de M. Sankey, ou groupe symptomatique, comprend quatre divisions, folies liées à l'épilepesie, à l'alcoolisme, aux maladies de la moelle, et aux lésions organiques du

cerveau. Tous ces chapitres sont substantiels et instructifs. M. Sankey défend les idées de son compatriote Jackson relativement à la genèse de l'attaque d'épilepsie. Il accepte le diagnostic différentiel de M. Thomeuf entre l'alcoolisme à forme paralytique et la paralysie générale. Il reproduit *in extenso* les tableaux différentiels, tels qu'ils ont été publiés par l'auteur dans ce recueil en 1859.

En dépit des réserves que j'ai cru devoir formuler, les leçons cliniques de M. Sankey méritent à coup sûr le succès qu'elles ont obtenu en Angleterre. Elles n'instruisent pas seulement, elles contraignent le lecteur à réfléchir. Je ne puis qu'engager les aliénistes qui connaissent l'anglais à les lire attentivement. Ils en tireront profit.

D[r] E. MARANDON DE MONTYEL.

Manuale de Semejotica delle Malattie mentali; par le D[r] E. Morselli, professeur de clinique des maladies mentales de l'Université de Turin. Tome I[er], 1 vol. in-12. Francesco Vallardi, Milano, 1885.

L'Italie, comme la France, manquait d'un ouvrage spécial sur la semiotique des maladies mentales. M. Morselli, le savant professeur de clinique mentale de l'Université de Turin, s'est imposé la tâche de combler cette lacune dans son pays. Le premier volume de l'ouvrage, paru tout récemment, débute par des généralités sur l'état actuel de la psychiatrie, la méthode clinique à suivre et les difficultés du diagnostic. Il se compose ensuite de trois parties : l'anamnestique, l'anthropologie et la physiologie de l'aliéné. La première partie se subdivise en trois : famille, vie passée, maladie mentale du patient. L'auteur expose avec beaucoup de perspicacité et de jugement les règles à suivre pour obtenir des renseignements complets sur tout ce qui concerne le malade à ce triple point de vue. Les développements dans lesquels il entre sont justifiés, car en pathologie mentale bien plus encore qu'en pathologie ordinaire, la connaissance minutieuse des antécédents est la base du traitement. Tout le reste de ce premier volume est rempli par l'anthropologie et la physiologie de l'aliéné; la première ne comprend pas moins de 96 pages et la seconde 247. Il semble tout d'abord étrange que de tels developpements soient donnés dans un traité de semiotique à des recherches qui n'ont par elles-mêmes aucune valeur

diagnostique. Toutes les déformations crâniennes ou corporelles, toutes les altérations de la sensibilité et du mouvement, considérées en dehors des phénomènes psychiques, ne sauraient suffire à infirmer ou à affirmer l'existence de la folie. L'étonnement augmente, quand on se souvient des résultats obtenus, résultats si incomplets et si peu significatifs, et qu'on voit l'auteur lui-même presque à chaque page, proclamer leur insuffisance. Pourtant je ne reproche pas à M. Morselli d'avoir consacré presqu'un volume à l'anthropologie et à la physiologie de l'aliéné. En France, je crois que nous avons tort de tant négliger ces deux questions. Grâce à l'influence de Morel que M. Morselli appelle le Darwin de l'aliénation, les rapports de l'anthropologie et de la folie nous occupent encore, mais quelle place restreinte dans nos traités classiques est accordée à la physiologie! Je crois pourtant, en dépit des maigres résultats obtenus jusqu'à ce jour, qu'il y a beaucoup à attendre de ces études et qu'elles enrichiront la médecine légale, en particulier, de données précieuses.

Dans la partie relative à l'anthropologie, l'aliéniste italien étudie les caractères morphologiques généraux, tels que la stature, le poids du corps, la constitution, l'âge, etc., et les caractères morphologiques spéciaux du crâne, de la peau, de la face, du tronc, des membres, etc.

La partie physiologique, la plus étendue, ai-je déjà dit, est un résumé, aussi complet qu'exact et qui fait le plus grand honneur à la solide érudition de l'auteur, de tout ce qui a été découvert d'anormal chez les aliénés dans les fonctions de nutrition, de reproduction, de motilité, de sensibilité générale ou spéciale. L'étude semiotique de chaque fonction est complétée par la description des procédés et des appareils les plus commodes pour la pratique psychiatrique.

Ici s'arrête ce premier volume si riche en renseignements utiles, écrit d'un style net et clair, qualité précieuse pour qui lit dans une langue étrangère. Le second, qui sera le plus important, traitera de l'examen psychologique de l'aliéné. Je m'empresserai de le faire connaître dès qu'il aura paru.

Dr E. MARANDON DE MONTYEL.

Compte général de l'administration de la Justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1882, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes. Paris, Imprimerie Nationale, 1884.

Nous avons eu, l'année dernière, l'occasion d'analyser le *Compte général de l'administration de la justice criminelle pendant l'année* 1881. Nous en avons profité pour nous étendre sur l'utilité d'un travail pareil, non seulement au point de vue de la criminalité, mais aussi à celui de la médecine. Nous avons même avancé, à ce propos, que le criminaliste et l'aliéniste étudiaient souvent des sujets identiques et que tous deux poursuivaient un but commun.

Nous ne reviendrons pas sur ces considérations. Le *Compte général pendant* 1882 est établi sur le même plan que celui de 1881, les tableaux de statistique y sont disposés de la même façon, il a évidemment la même utilité que lui.

On n'analyse pas une statistique, nous nous bornerons à présenter quelques remarques sur la différence des résultats entre l'année 1882 et les années précédentes. Ces remarques sont, du reste, en partie formulées dans le rapport de M. le ministre Martin Feuillée, rapport qui sert d'introduction aux statistiques.

En France, le nombre des affaires déférées au jury à subi, en 1882, une augmentation de 126, augmentation peu importante et qui porte surtout sur les crimes contre les propriétés. Les accusés (de crimes) sont, au point de vue de l'instruction, divisés en trois classes : ceux qui sont absolument illettrés, ceux qui savent lire et écrire, et ceux qui ont reçu une instruction supérieure. Les premiers représentent les 26 p. 100, les seconds, les 70 p. 100 et les troisièmes, les 4 p. 100 du chiffre total des accusés. Cette proportion est à peu près celle des années précédentes. — Il y a eu 35 accusés condamnés à mort, dont 17 étaient des repris de justice. La peine capitale a été exécutée pour 4, et commuée pour les autres. — La récidive continue sa marche envahissante. En 1882, les cours d'assises ont condamné 3,497 accusés parmi lesquels 1,820, c'est-à-dire 52 p. 100, avaient déjà comparu une ou plusieurs fois devant les tribunaux répressifs. Cette proportion est une moyenne, elle varie suivant les départements; dans la Nièvre, elle atteint 80 p. 100.

En Algérie, on constate, toute proportion gardée, près du double d'affaires criminelles que dans la métropole. Le jury s'y montre ordinairement sévère. Les verdicts négatifs sont dans la proportion de 20 sur 100. En 1882, 43 accusés ont été condamnés à mort, mais 4 seulement ont été exécutés. Ces chiffres viennent à l'appui de l'opinion de M. le Dr Kocher qui trouve qu'on aurait pu établir des tribunaux spéciaux pour les Arabes. (*De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire.*)

En France, pour les suicides, la progression signalée les années précèdentes s'est notablement accentuée, on en comptait 6,741 en 1881, il y en a eu 7,213 en 1882, c'est-à-dire un accroissement de 7 p. 100. Il y a, en réalité, un suicide par 5,223 habitants.

Nous ne multiplierons pas ces remarques. L'intérêt, au point de vue médical, de ce vaste travail de statistique n'a pas besoin d'être démontré plus longuement.

Dr L. Camuset.

Folie sympathique; par M. le Dr E. Régis. (Article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

Exposé clair et concis de l'état de la science sur ces accidents morbides appelés *folies sympathiques*, précédé d'une dissertation sur l'existence ou sur la non-existence de la folie sympathique comme entité psychopathique.

Après avoir rappelé, dans un historique, que parmi les aliénistes, les uns sont partisans de la folie sympathique, tandis que les autres en sont les adversaires, l'auteur dit qu'il n'y a en réalité dans le débat qu'une question de terminologie. Il est évident pour tout le monde qu'on observe parfois, dans le cours des processus pathologiques extra-cérébraux, des troubles mentaux qui sont en relation avec ces processus. En dehors des cas où il n'y a qu'une simple coïncidence, comment expliquer ces faits? Y a-t-il *sympathie* entre le cerveau et l'organe lésé, ou bien la déviation de la fonction cérébrale n'est-elle qu'un symptôme de l'affection principale? En d'autres termes, y a-t-il folie sympathique ou folie symptomatique? — L'idée de symptôme implique plus ou moins l'idée de nécessité, or les

folies de ce genre sont en réalité exceptionnelles. Il vaut donc mieux s'en tenir à l'expression consacrée par l'usage, et dénommer ces troubles mentaux, folies sympathiques, sans rien préjuger de la nature de la sympathie. Mais il est nécessaire de bien établir les choses : les folies sympathiques ne sont pas des formes cliniques caractérisées et susceptibles d'être diagnostiquées ; ce sont des folies comme toutes les autres, mais qui se déclarent à propos d'un trouble somatique, variable quant à sa nature et à son siège. Une manie puerpérale ressemble à une manie vulgaire, et en l'absence des commémoratifs, les plus experts ne peuvent établir de différence entre les deux.

Quel est maintenant le mécanisme de la sympathie ? Il est certainement d'ordre réflexe, la continuité de la lésion par l'intermédiaire des nerfs n'étant pas établie anatomiquement.

M. Régis passe ensuite en revue les principales variétés de la folie sympathique, d'abord celle qui est liée aux processus physiologiques et pathologiques de l'appareil génital ; c'est celle-là qui a surtout appelé l'attention des auteurs. — Puis celle qui est liée aux affections des voies digestives et à l'helminthiase, et qui occupe le second rang comme fréquence. — Enfin celle qui est liée aux affections cardiaques et à la phtisie. — En lisant l'histoire de ces principales variétés, il ne faut pas, malgré certaines remarques cliniques qu'on y rencontre, oublier la profession de foi de l'auteur : la folie sympathique n'est pas différenciée cliniquement. Tel état somatique produit telle forme d'aliénation plutôt que telle autre, mais cette forme n'a en elle-même rien de spécifique.

A la vérité, on pourrait discuter à l'infini sur la folie sympathique. Elle est dominée comme toutes les autres par l'hérédité. Or, étant donné l'influence du physique et du moral à l'égard l'un de l'autre, conséquence de l'influence mutuelle de tous les organes et de toutes les fonctions les uns sur les autres, le cerveau et sa fonction n'échappant pas à la loi, il devient inutile, au point de vue doctrinal, de faire de la folie sympathique une étude particulière. Chez un prédisposé héréditaire, toute cause physique ou morale peut faire éclater un accès d'aliénation. Et quant aux idées bizarres des malades, grenouille dans la matrice, concile dans le ventre, etc., ce sont des interprétations délirantes régies, d'une part, par la nature du délire et, d'autre part, par la sensation subjective réelle dans des cas de métrite, de cancer stomacal, etc.

Mais M. Régis ne s'est pas proposé de faire une étude doc-

trinale; il a exclusivement voulu présenter l'état de la science sur un point particulier et il a complètement réussi.

L. Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sull' Uso del tabacco da naso nei sani, nei pazzi e nei delinquenti. Studio statistico e clinico; par le professeur Silvio Venturi. Broch. in-8. Nocera Inferiore, 1885.

— Contribution au traitement de l'attaque d'hystérie; par le Dr Albert Ruault. Extrait de la *France médicale*, 1885.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1884; par le docteur Biaute, médecin en chef. Broch. in-8. Nantes, 1885.

— Inauguration de la statue de Philippe Pinel. Notice sur sa vie; par le Dr Semelaigne, médecin-directeur de la maison de santé de Saint-James, à Neuilly. Broch. in-12. Paris, 1885.

— Asile public d'aliénés d'Evreux. Rapport médical et administratif pour l'année 1884; par M. le Dr Daniel Brunet. Broch. in-8. Evreux, 1885.

— Des sondes et de leurs usages, par le Dr Henri Picard. Broch. in-8, Paris, 1885.

— Essai sur la responsabilité au point de vue mental; par Frédéric Brossier, interne de l'asile des aliénés de Nantes. Thèse de Paris, 1885.

— Magnétisme et hypnotisme. Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué, au point de vue clinique, psychologique, thérapeutique et médico-légal, avec un résumé historique du magnétisme animal; par M. le Dr A. Cullerre, membre correspondant de la société médico-psychologique, 1 vol. in-12, avec 23 figures intercalées dans le texte. J. B. Baillière et fils, édit. Paris, 1885.

— Inauguration de la statue de Philippe Pinel, sur la place de la Salpêtrière, le 13 juillet 1885. Broch. in-8, avec portrait. Paris, 1885.

— De Plaats der Psychopathologie als Hersen-Pathologie te midden der klinische Wetenschappen; par M. le Dr C. Winkler. Broch. in-8. Dordrecht, 1885.

— Les médecins dans les drames de Shakespeare; par M. le Dr Ach. Foville. Broch. in-8. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*. Paris, 1885.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté du 30 juillet 1885 — M. le Dr LUCIEN PICQUÉ, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien adjoint des asiles d'aliénés de la Seine (emploi créé). Le nouveau titulaire touchera un traitement fixe de 300 francs par asile, soit 1200 francs, et une indemnité de déplacement de 200 fr. pour chacun des trois asiles situés hors barrière savoir : Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse.

Arrêté du 1er septembre 1885. — Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4 000), MM. les Drs CAMUSET, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (Seine), et REY, médecin adjoint à l'asile de Ville Evrard (Seine).

M. le Dr BABINSKY a été nommé, après concours, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Paris.

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.

Dans sa séance du 26 octobre 1885, le Conseil de l'association mutuelle des médecins aliénistes, par suite du décès de M. Lunier, trésorier, a ainsi réorganisé son bureau :

M. BAILLARGER, président.
M. FOVILLE, vice-président.
M. MITIVIÉ, trésorier.
M. BOUCHEREAU, secrétaire-général.

M. le trésorier prie instamment les membres et les asiles qui n'ont pas encore envoyé leurs souscriptions pour l'année 1885, de vouloir bien les lui faire parvenir de suite, *260, boulevard Saint-Germain*. Le versement immédiat est indispensable pour la régularité des secours à distribuer.

NÉCROLOGIE.

LORD SHAFTESBURY. — Le 1er octobre 1885 est mort Lord Shaftesbury qui, sous ce titre, aussi bien que sous celui de Lord Ashley, qu'il portait antérieurement, a joué, en Angleterre, le principal rôle, pendant plus de soixante ans, dans l'organisation officielle du service des aliénés.

En 1828, Lord Ashley, de concert avec M. Gordon, prit, dans le Parlement, l'initiative de la réforme du régime des aliénés,

en se basant sur les bons résultats obtenus à la Retraite d'York. Revenant sur le même objet, il réussit à faire voter, en 1845, sous le nom de Lord Shaftesbury, des lois spéciales qui, depuis cette date, n'ont subi que des modifications de détail, et que l'on a appelées LA GRANDE CHARTE DES ALIÉNÉS. On les désigne aussi, souvent, sous le nom de lois Shaftesbury. C'est à cette législation de 1845 qu'est due la constitution du Conseil des *Commissioners*, qui a exercé sur l'ensemble du service une action si favorable. Dès le début, Lord Shaftesbury a été appelé à la tête de ce Conseil et il en a conservé la présidence jusqu'à sa mort.

Au mois de mars dernier, le Gouvernement anglais ayant soumis au Parlement un nouveau projet de réforme, dont certaines clauses étaient contraires aux idées de Lord Shaftesbury, celui-ci offrit sa démission de Président du Conseil. Mais, survint un changement de ministère qui entraînait le retrait du projet, et Lord Shaftesbury consentit à rester à son poste; il ne devait plus l'occuper que quelques mois.

Les médecins français qui, lors du Congrès de Londres de 1881, ont assisté à la session de l'Association médico-psychologique anglaise, ont eu l'avantage d'y voir et d'y entendre Lord Shaftesbury. C'était un homme de grande taille et de tournure essentiellement aristocratique, qui, âgé alors de quatre-vingts ans, conservait encore un véritable talent de parole et s'occupait activement des affaires publiques. Son nom restera en grand honneur dans la mémoire de tous ceux qui ont été au courant du rôle prépondérant rempli par lui dans tout ce qui concerne la protection et l'assistance des aliénés.

M. LE BARON DE LAGONDE, ancien directeur de l'asile Saint-Yon, à Rouen. — Nous apprenons la mort, au Fréchou (Lot-et-Garonne), du baron de Lagonde, ancien magistrat, qui fut, pendant seize ans, directeur de l'asile départemental de Saint-Yon. Administrateur remarquable, esprit exact et intègre, M. de Lagonde sut remplir ses délicates fonctions avec une habileté qui lui conquit la haute estime de tous les inspecteurs généraux avec lesquels il fut en relations.

Quand, en 1879, il prit sa retraite, M. Limbourg, préfet de la Seine-Inférieure, le félicita de la part du ministre de l'intérieur d'avoir, pendant les seize années de sa gestion, économisé un demi-million au département sur les budgets annuels, tout en améliorant sensiblement les divers services de Saint-Yon, le plus important asile d'aliénées de France.

A l'époque où l'on construisit un nouvel asile à Quatre-Mares, ses avis éclairés furent souvent précieux à M. Desmarest, l'architecte chargé des plans et de la direction des travaux. Quelques-uns de ses conseils, notamment en ce qui concernait l'aménagement du bâtiment des pensionnaires, ne furent cependant pas suivis. Aujourd'hui, l'expérience a démontré qu'on eût gagné beaucoup, au point de vue de la commodité, à les avoir écoutés.

M. de Lagonde n'était pas seulement un administrateur dis-

tingué ; c'était l'homme du dévouement et du devoir. En 1866, une terrible épidémie de petite vérole sévissait dans l'asile. On le vit alors se multiplier et, sans négliger les soucis de la direction, veiller avec le personnel médical au bien-être des malades, qu'il ne quittait que pour revenir au chevet de sa femme et de sa fille, atteintes du fléau. En 1870, tandis que ses deux jeunes fils étaient sous les drapeaux, il organisa deux ambulances considérables, l'une à Saint-Yon, l'autre dans une fabrique de la rue d'Elbeuf. Un très grand nombre de blessés y furent soignés et guéris.

La croix fut plusieurs fois demandée pour lui, à son insu. Il ne l'obtint pas et en prit gaiement son parti. L'estime dont il était entouré, lui suffisait. Cette estime survivra à M. de Lagonde qui laisse, en outre, le souvenir d'un homme du monde accompli, d'une amabilité correcte et digne, que l'on ne vit jamais se démentir.

(*Le Nouvelliste de Rouen*, du 10 mai 1885.)

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Concours pour la nomination à cinq places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police). — Le lundi 30 novembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, nº 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 29 octobre jusqu'au samedi 14 novembre 1885, inclusivement.

Traitement des pharmaciens en chef des asiles de la Seine. — Le traitement des pharmaciens en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit : *Sainte-Anne* : 3e classe, 5.000 francs; 2e classe, 5.500 francs; 1re classe, 6,000 francs. — *Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse* : 3e classe, 4.000 francs; 2e classe, 4.500 francs; 1re classe, 5.000 francs. Le passage d'une classe inférieure à une classe supérieure ne pourra avoir lieu que par période de 500 francs et qu'après trois ans au moins d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

STATISTIQUE DU MOUVEMENT DES ALIÉNÉS DE LA SEINE DE 1801 A 1883.

La préfecture de la Seine vient de publier la statistique du mouvement général de la population des aliénés entretenus

aux frais du département de la Seine. Cette statistique porte sur une période de quatre-vingt-trois ans, du commencement du siècle au 30 décembre 1883.

On ne comptait au 1er janvier 1801, que 945 aliénés dans le département de la Seine ; au 31 décembre 1883, il s'en trouvait 8,907, soit, en plus, 7,961.

Ainsi, en quatre-vingt-trois ans, la population aliénée a plus que sextuplé, ce qui correspond en moyenne à un accroissement annuel de 95 personnes, tandis que, durant la même période, la population générale de Paris s'est à peine triplée ; car, évaluée à 600.000 âmes au commencement du siècle, elle est portée à 2,237,928 âmes par le dénombrement opéré en 1881.

La progression des aliénés est loin d'avoir subi régulièrement la moyenne dont nous venons de parler, et si l'on divise les quatre-vingt-trois ans. en périodes décennales, on obtient pour chacune les chiffres ci-après :

De 1801 à 1810, 4,470 ; de 1811 à 1820, 6,790 ; de 1821 à 1830, 8,322 ; de 1831 à 1840, 11.805 ; de 1841 à 1850, 12.722 ; de 1851 à 1860, 16.416 ; de 1861 à 1870, 23,155 ; de 1871 à 1880, 27,141 ; de 1881 à 1883, 10,527.

Nous devons faire observer que, jusqu'en 1866, la moyenne des admissions de femmes aliénées est plus élevée que celle des admissions d'hommes. Ainsi nous trouvons une proportion de 44.45 p. 100 pour les hommes et 55 54 p. 100 pour les femmes. A partir de cette époque, la proportion est renversée. Cet excédent se résume ainsi pour les deux dernières périodes :

De 1861 à 1870, on a admis 52.96 p. 100 hommes contre 47.04 p. 100 femmes.

De 1871 à 1880, nous trouvons 54.60 p. 100 pour les hommes et 45.39 p. 100 pour les femmes. Enfin, en 1881 et 1882, les hommes entrent dans le chiffre des admissions pour une proportion de 55.80 p. 100 et les femmes pour 44.20 p. 100.

Le nombre des admissions par séquestration du 1er janvier au 31 décembre 1883 s'est élevé à 3,009, inférieur de 276 à celui de l'année 1882. Ce chiffre qui s'était abaissé en 1871, relevé en 1872 et 1873, s'est abaissé de nouveau en 1874 et 1875 ; mais il a augmenté en 1876 et 1877 et est retombé en 1878 pour augmenter de nouveau en 1879. On constate une légère décroissance en 1880. En 1881 et surtout en 1882, au contraire, l'accroissement est assez sensible. En 1883, il est très inférieur à l'année précédente

Sur les 3,009 malades admis en 1883, 2,692 l'ont été pour la première fois. Au point de vue de l'âge, ces malades se subdivisent ainsi qu'il suit : au-dessous de 20 ans, 205 ; de 20 à 30 ans, 433 ; de 30 à 40 ans, 667 ; de 40 à 50 ans, 621 ; de 50 à 60 ans, 385 ; de 60 à 70 ans, 207 ; de 70 ans et au-dessus, 173 ; âge inconnu, 1.

Considérés sous le rapport de l'état civil, ces malades se répartissent de la manière suivante : mariés, 1,100 ; célibataires, 1,466 ; veufs ou veuves, 324 ; état civil inconnu, 102.

Voici maintenant leur classement au point de vue de la profession : professions manuelles et mécaniques, 856 ; gens à

gages, 437 ; professions industrielles, 317 ; malades sans profession, 306 ; professions diverses, 292 ; professions inconnues, 185 ; professions libérales, 129 ; rentiers et propriétaires, 74 ; professions agricoles, 62 ; filles publiques, 18 ; militaires et marins, 14.

Les causes qui ont déterminé l'admission de ces malades sont les suivantes :

1° Parmi les causes physiques :

Excès alcooliques, 562 ; effets de l'âge, 241 ; vice congénital, 99 ; maladies du système nerveux, 77 ; maladies propres à la femme, 57 ; épilepsie, 31.

2° Parmi les causes morales :

Chagrins domestiques. 59 ; chagrin résultant de la perte de la fortune, 42 ; frayeur, saisissement, 30 ; chagrin résultant de la perte d'une personne chère, 18 ; sentiments religieux poussés à l'excès, 15.

(Extrait du *Journal des Débats*, n° du vendredi 9 octobre 1885.)

La catégorie des aliénés quasi guéris, d'après un avis récent du Conseil d'Etat.

La *Revue d'Administration* a publié dans son numéro de septembre 1885, p. 61, une décision du Conseil d'Etat, en date du 13 février 1885, relative au domicile de secours, en ce qui concerne le traitement des aliénés indigents, décision qui contient, sur cette question administrative, une innovation bonne à faire connaître.

Il s'agissait de savoir si un ancien malade de l'asile de Vaucluse, près Paris, ayant été rayé des registres de l'établissement pour cause de guérison, mais qui y avait été conservé comme infirmier, avait pu acquérir son domicile de secours dans la commune d'Epinay, et le département de Seine-et-Oise, sur le territoire duquel se trouve l'Asile en question, bien qu'il appartienne au département de la Seine.

M. le Ministre de l'Intérieur s'était prononcé pour l'affirmative ; mais, sur la réclamation du département de Seine-et-Oise, cet arrêté a été annulé par le Conseil d'Etat qui a décidé que le *de cujus* avait conservé son domicile de secours dans le département de la Seine.

Cette décision est surtout intéressante par les motifs qui l'ont dictée. M Le Vavasseur de Précourt, maître des requêtes, fait remarquer qu'il a paru au Conseil d'Etat que : « ces individus aliénés, qui ne sortent de l'asile que pour y être conservés comme serviteurs ou gardiens, qui ensuite y sont réintégrés comme aliénés, et qui sont qualifiés de quasi guéris, ne sauraient être assimilés à des personnes venant librement s'établir dans une commune et dans un département, et ne peuvent dans ces circonstances, ni perdre leur domicile de secours, dans le département de la Seine, dont ils sont originaires, ni acquérir ce domicile dans le département de Seine-et-Oise, où ils ne sont venus que parce qu'ils

« ont été internés dans un asile appartenant au département « de la Seine. »

On devait penser, jusqu'à présent, qu'il n'y avait, au point de vue qui nous occupe, que deux catégories de citoyens : ceux qui jouissent de la plénitude de leurs droits et ne sont soumis à aucune mesure particulière, et ceux qui, étant placés en traitement comme aliénés dans un établissement spécial, conformément à la loi, sont soumis aux conditions de la législation d'exception qui les concerne.

D'après le Conseil d'Etat, et c'est là que gît l'innovation, il faudrait admettre, dorénavant, une troisième catégorie, intermédiaire aux deux précédentes, qui n'a été jusqu'ici prévue par aucune loi ; ce serait celle des anciens aliénés *quasi guéris*, qui, bien que sortis d'un asile avec un certificat de guérison, ne seraient plus, dans la société, assimilables à la masse des citoyens ordinaires, et auxquels on pourrait appliquer, au point de vue du domicile de secours, par exemple, des règles administratives spéciales. Il semble que, si l'on admet cette distinction, il faudrait l'appliquer à plus forte raison à des questions d'un ordre plus relevé, telles que la capacité civile, la responsabilité morale et criminelle, etc. — Mais alors il faudrait définir exactement cette catégorie, la caractériser, la limiter, et c'est là que d'énormes difficultés surgiraient.

Pour ne pas sortir de la question du domicile de secours, quelle décision le Conseil d'Etat aurait-il pris si l'aliéné en question, sorti guéri de l'asile de Vaucluse, au lieu de rester comme infirmier dans l'établissement même, était entré au même titre à l'asile de Ville-Evrard, qui, lui aussi, appartient à la Seine, et est situé sur le territoire de Seine-et-Oise ?

Les aliénés en Angleterre.

Nous empruntons au 36e rapport des *Commissioners in lunacy* les chiffres qui suivent sur la statistique des aliénés en Angleterre :

Au 1er janvier 1885, il y avait, dans tous les asiles publics et privés d'Angleterre et du pays de Galles, 79,704 malades, soit 1,176 de plus qu'au commencement de l'année précédente. On constate, en outre, depuis deux ans, une augmentation dans les cas nouveaux, dont la proportion annuelle, qui avait été de 1875 à 1882, de 5.15 pour 10,000 habitants, s'était élevée à 5.41 en 1883 et ressort à 5.27 pour 1884. Mais cet accroissement n'est pas aussi effrayant qu'il le paraît ; il est dû, assure le rapport, d'une part, à ce que les malades vivent plus longtemps, ce qui augmente le total de la population des asiles, et, d'autre part, à ce que l'on tend de plus en plus à placer dans les asiles des personnes qui antérieurement restaient dans les workhouses ; c'est ce qui se produit notamment dans le Lancashire. Si l'on tient compte de cette dernière circonstance, on arrive à voir que, en 1883, il n'y a pas eu augmentation, que l'on est resté à la proportion moyenne de la dernière

période décennale, 5.15 pour 10.000 habitants, et qu'il y a même eu progrès en 1884, puisque la proportion est réduite à 4.95.

Un grand nombre d'aliénés sont enclins au suicide et, contrairement à ce qu'on observe pour la population normale, les malades mariés y sont plus sujets que les veufs, et ceux-ci que les célibataires. Dans aucune des catégories, la proportion n'est inférieure à 22 p. 100, et pour celle des femmes mariées, la plus prédisposée de toutes, la proportion monte à 34 p. 100. Il est satisfaisant de voir que, néanmoins, le nombre des suicides réalisés est extrêmement faible. Cela atteste la bonne tenue des établissements.

En 1884, on a admis 14,308 aliénés dont 7.075 hommes et 7,223 femmes. L'hérédité est la cause la plus fréquente de la maladie. Viennent ensuite les cas de rechute. L'intempérance est, en Angleterre comme ailleurs, une grande pourvoyeuse des asiles d'aliénés ; elle y a amené 1,889 malades : 1,365 hommes (plus de 19 p. 100 du nombre total des hommes aliénés) et 524 femmes. 1,001 cas, plus fréquents du double chez les femmes, sont attribués aux chagrins domestiques, notamment à la perte de parents ou d'amis; 768, surtout chez les hommes, à l'adversité, aux embarras d'argent ; 839, à l'excès de travail ; 455, à l'excitation produite par une cause d'ordre religieux ; 630, à la vieillesse ; 26?, à la misère, aux privations.

La proportion des guérisons, comparées aux admissions, est satisfaisante ; elle a été de 40.33. Si elle n'a pas atteint celle constatée en 1879, 40.50, elle dépasse la moyenne de la période quinquennale. Limitée aux femmes, elle ressort à 45.17, plus favorable que celles des dix dernières années sans excepter 1879; mais, chez les hommes, elle n'a été que de 35.34, en infériorité marquée sur les résultats antérieurs. Chaque année d'ailleurs, fait remarquable, les guérisons sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les proportions sont respectivement, pour la période décennale, 43.27 et 35.63.

Le rapport constate, sans d'ailleurs en tirer de conclusions, que les cas de guérison sont plus rares chez les aliénés soignés isolément que chez ceux que reçoivent les asiles, et, pour ces derniers, plus rares dans les asiles privés que dans les asiles publics.

(Extrait du *Journal des Débats*, n° du jeudi 1er octobre 1885.)

Etablissements speciaux pour imbéciles et idiots.

Dans une conférence faite le 1er août 1884, à l'Exposition d'hygiène de Londres, et relative à l'éducation des imbéciles et et idiots, M. le Dr Fletcher Beach, superintendant médical de l'asile de Darenth, a fait un historique complet des faits relatifs à cette question.

Le *Journal of mental science* a extrait de ce travail une nomenclature chronologique qui peut offrir de l'intérêt et que nous reproduisons :

Itard fait connaître les essais auxquels il s'est livré dans le but de faire l'éducation du sauvage de l'Aveyron.

En 1828, Ferrus fonde, à Bicêtre, une école pour les idiots; cette école a été le point de départ de toutes celles qui ont été créées depuis, dans les différents pays du monde.

Falret organise une école semblable, à la Salpêtrière, pour les filles idiotes.

Voisin et Leuret organisent aussi des écoles spéciales dans leurs services de Bicêtre.

Seguin, professeur à Bicêtre, publie différents mémoires qui propagent la connaissance de sa méthode d'enseignement.

En 1842, le Dr Guggenbuhl ouvre une école pour les idiots crétineux à Abendberg, près d'Interlaken.

A la même époque, Sægert fonde une école d'idiots à Berlin.

En 1846, le Dr Kerling en fonde une à Leipsig.

La même année, le Dr Wilburr ouvre une école d'idiots à Barre, Massachusetts. Plus tard, il la quitta pour prendre la direction d'un autre établissement du même genre à Albany, dans l'Etat de New-York.

Encore la même année, le Dr Howe en ouvre une autre à Boston.

A la même époque, miss White fonde une petite école pour les idiots à Bath. Ce fut la première maison de ce genre créée en Angleterre.

En 1848, madame Plumbe et le Dr André Reed, ouvrent l'asile spécial de Park House, à Highgate près Londres, qui, plus tard, devint le grand asile d'Earlswood, à Redhill, Surrey.

Plus tard, le Dr Down, après avoir quitté Earlswood, dont il avait été le directeur-médecin, fonda l'institution privée de Normansfield.

En 1850, on ouvrit à Colchester l'asile d'Essex Hall, comme succursale de l'asile de Highgate; il sert maintenant d'asile spécial pour les comtés de l'Est.

En 1864, on créa l'asile spécial pour les comtés de l'Ouest, et en 1868, celui des comtés du Centre.

En 1863, l'Ecosse vit s'ouvrir deux institutions spéciales, celle de Baldovan, à Dundee, dirigée par le Dr Brodie, et celle de Larbert près Falkirk, sous la direction du Dr Ireland.

En 1870, une tentative fut faite pour créer une maison de ce genre en Irlande; le Dr Stewart, de Dublin, affecta à cette œuvre une somme importante, et l'établissement finit par être organisé à Palmerston.

En 1870, on inaugura à Lancaster, sous la direction du Dr Shuttleworth, l'asile royal du prince Albert, pour les idiots des comtés du Nord.

En 1875, fut ouverte à Clapham, Londres, sous la direction du Dr Beach, la première école gratuite pour idiots indigents.

En 1878, cette école fut remplacée par une nouvelle école, beaucoup plus grande, construite *ad hoc* à Darenth, comté de Kent. Le Dr Beach continue à en être le directeur-médecin.

Ici s'arrête la nomenclature chronologique donnée par le *Mental science* dans son numéro de juillet 1885, p. 287.

On voit que, dans cette branche toute spéciale de l'assistance médicale, le mérite de l'initiative appartient exclusivement à la France; mais que depuis, l'Angleterre nous a considérablement distancés par le nombre et l'importance de ses établissements publics et privés, consacrés à l'éducation des idiots et des imbéciles.

Cependant, pour être complète, en ce qui concerne notre pays, cette énumération aurait dû comprendre l'institution privée de Gentilly, fondée par M. Vallée et actuellement dirigée par M. Otto Baëge; l'école spéciale organisée sur la proposition de M. le Dr Billod à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise); les développements donnés au quartier spécial de Bicêtre, par MM. Delasiauve et Bourneville.

Certaines communautés religieuses, celle des Franciscaines notamment, ont fondé, pour les idiotes, des asiles qui sont des refuges plutôt que des écoles; il existe, à notre connaissance, un de ces refuges à Royat près de Clermont-Ferrand, et une à Marsonnais, commune d'Aronas (Jura). Il en exise probablement d'autres que nous ne connaissons pas.

L'Asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble.

M. le Dr L.-H. Petit, dans le récit qu'il fait de son voyage à Grenoble, lors du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, raconte ainsi qu'il suit sa visite à l'asile d'aliénés de Saint-Robert :

« On a fait dans ce Congrès beaucoup d'excursions, et de très intéressantes; il en est une dont on n'a pas parlé, parce que la section des sciences médicales n'a pu la faire, en raison d'un malentendu : c'est une visite à l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble, et à laquelle j'ai eu la bonne fortune d'accompagner notre cher président et quelques autres personnes des deux sexes.

« Cet asile est tout simplement un chef d'œuvre. Avec ses pavillons séparés, entourés d'arbres, d'arbustes et d'une profusion de fleurs, il a l'air d'une villa d'agrément, et sans l'inscription placée au-dessus de sa porte d'entrée, on ne devinerait jamais la destination des bâtiments renfermés entre ses grilles.

« L'asile renferme actuellement 850 pensionnaires, 400 hommes et 450 femmes. Tout y est d'une propreté recherchée. En parcourant les dortoirs, les réfectoires, les ateliers, on est frappé d'y trouver ce qu'on chercherait vainement dans bien des appartements de Paris : la place, l'air et la lumière; ce jour-là, comme il faisait beau, la lumière c'était le soleil. Je ne doute pas que ces trois conditions réunies n'exercent une influence sédative puissante sur ces cerveaux détraqués, car les agités étaient en très petit nombre, l'infirmerie était déserte, e les sujets très calmes sont en tout temps assez nombreux pout qu'on puisse les utiliser à toutes sortes de travaux. Par exemple, dans le quartier des femmes, se trouve la buanderie-

60 femmes environ y lavaient le linge de l'établissement sans qu'on entendît un seul mot, chose assurément fort rare dans une réunion de femmes, même sensées; toutes travaillaient à qui mieux mieux, lavant, frottant, tordant, battant le linge. Le chapeau du président produisit l'effet d'une pierre jetée dans une basse-cour : une des folles poussa un cri à sa vue, se précipita dans sa direction, et voulait à toute force s'en emparer. — Pourquoi faire ? lui demanda-t-on. — Pour acheter une montre avec. — Et pourquoi? — Pour me marier. — Avec qui? — Avec le curé de Saint-Marcellin. — On ne put la faire sortir de là. Cependant, grâce à l'empressement des sœurs, empressement tout moral d'ailleurs, la paix fut bien vite rétablie dans ce gynécée folâtre,

« Le travail dans les ateliers, dans les parterres, à la cuisine, et même dans une ferme annexée à l'établissement, est une des grandes ressources de celui-ci. Bon nombre d'aliénés calmes conservent toute leur intelligence quand il s'agit du métier qu'ils exercent avant d'être atteints par la folie; aussi avons-nous vu des cordonniers, des menuisiers, des serruriers, travailler ensemble, en silence, avec une assiduité parfaite. Quant aux services qu'ils rendent, on peut s'en faire une idée par les détails suivants. On fabrique dans l'établissement assez de chaussurres pour entretenir non-seulement les 850 pensionnaires, mais encore ceux d'un orphelinat dans le voisinage. — Les aliénés, une fois le gros œuvre d'un bâtiment terminé, en décorent tout l'intérieur : menuiserie, parquets, fenêtres, couverture, tout est fait par eux. Les légumes proviennent en grande partie des jardins et de la ferme.

« Aussi l'intelligent directeur de Saint-Robert, M. Pinot, a-t-il pu réaliser des économies sérieuses sur le budget qui lui est alloué, et peut-il chaque année, au moyen des économies, agrandir et améliorer son établissement en construisant de nouveaux pavillons et en modifiant leur installation de manière à augmenter autant que possible le bien-être de ses pensionnaires. La cuisine, son service, son aménagement, et le menu de chaque jour, feraient envie à toutes les communautés de ce genre. Il est bon de dire que M. Pinot est directeur de Saint-Robert depuis vingt ans; qu'il en est l'administrateur et non le médecin; que les autorités du département, appréciant à leur juste valeur les services qu'il a rendus, l'ont en grande estime et ont eu le bon esprit de le laisser à la même place, ce qui lui a permis de se rendre compte des besoins de son établissement et d'y pourvoir peu à peu, — et j'ajouterai, d'en faire un établissement modèle.

« La prospérité de Saint-Robert, son agrandissement, sont malheureusement l'indice d'un accroissement de l'aliénation mentale dans cette contrée, comme dans le reste de la France. D'une année à l'autre, en attendant qu'un nouveau pavillon soit construit et aménagé, on est obligé de mettre des brancards dans les dortoirs. Mais ce sont là des malheurs auxquels on ne peut guère remédier.

« — Il est difficile, nous dit après cette visite, l'aimable di-

recteur, de rester vingt ans dans un asile d'aliénés, sans y contracter une manie quelconque. La mienne est de cultiver les fleurs. J'ai ici 130 espèces de rosiers ! »

« Ceci nous explique la multitude de belles fleurs, roses et autres, que nous rencontrions partout, entre deux pavillons. M. Pinot est bien entré dans la peau de l'horticulteur, car, voulant offrir des fleurs aux dames, il se garda bien de cueillir les boutons, et les roses, bien épanouies, superbes en apparence, s'effeuillèrent au premier choc. « Laissez-les roses aux rosiers ! »

(*Union médicale*, n° du mardi 8 septembre 1885.)

Faits Divers.

Les aliénés en liberté. — Mercredi dernier, vers midi, le facteur rural de Sainte-Croix, près de Louhans (Saône-et-Loire), entrait chez la femme D..., quand celle-ci, qui ne jouit pas de ses facultés mentales, s'élança sur lui pour le frapper. Le facteur s'empressa de prendre la fuite.

Un instant après, la femme D... sortait dans la rue, un couteau de boucher à la main, et rencontrant le maire de Sainte-Croix, M. Treffot, elle lui plongea l'arme dans le ventre.

M. Treffot a succombé jeudi à l'hémorrhagie provoquée par sa blessure. Quant à la femme D..., elle a été conduite à Louhans et mise à la disposition du parquet.

(*Le Temps*, n° du lundi 26 octobre 1885.)

L'aliénation chez les médecins femmes. — Nous reproduisons d'après le *Lyon médical*, en lui en laissant toute la responsabilité, le renseignement suivant : Il est curieux de constater, par la statistique, l'influence désastreuse des études médicales sur les facultés intellectuelles de la femme. Lors du recensement fait en Angleterre, en 1881, le nombre des femmes qui exerçaient la médecine était de 25, et sans doute leur nombre s'est accru depuis.

De 1880 à 1881, huit avaient été placées dans des asiles d'aliénés, et à la fin de l'année passée, trois étaient en traitement.

Hospice de la Salpêtrière.

Cours public sur les maladies mentales.

M. le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche 8 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Tous les jeudis, à 9 heures du matin, examen clinique des malades.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VOLUME II DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Chronique.

II. Pathologie.

III. Archives cliniques.

IV. Médecine légale.

V. Législation.

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

II. Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1885).

JOURNAUX FRANÇAIS (1883).

(Anal. par M. le Dr Camuset.)

JOURNAUX BELGES (1883).

(Anal. par M. le Dr Camuset.)

JOURNAUX ANGLAIS (1883-1884).

(Anal. par M. le Dr Pons et de Musgrave Clay.)

III. Bibliographie.

IV. Variétés.

Pour les articles non signés :

